

**David Pereira**

**TRABALHO FLEXÍVEL E CAPITAL SOCIAL: UM  
ESTUDO DE CASO SOBRE A AÇÃO DOS AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM ARARAQUARA**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
Programa de Pós-graduação em Sociologia  
Araraquara, 2009**

**David Pereira**

**TRABALHO FLEXÍVEL E CAPITAL SOCIAL: UM  
ESTUDO DE CASO SOBRE A AÇÃO DOS AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM ARARAQUARA**

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia da Faculdade de Ciências e Letras – UNESP/Araraquara, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Sociologia.

**Orientadora: Leila de Menezes Stein**

**ARARAQUARA  
2009**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Leila, pela orientação, paciência e apoio nos momentos mais difíceis. Sempre demonstrou, acima de tudo, ser uma grande amiga.

A Maria Teresa e Ricardo, que estiveram na minha qualificação, pelas valiosas observações que muito me ajudaram na confecção desta dissertação.

Aos meus pais pelo apoio, incentivo e paciência.

A Secretaria Municipal de Saúde pela ajuda ao desenvolvimento deste trabalho de pesquisa.

Aos agentes comunitários de saúde, por se prontificarem a participar deste trabalho e pela sinceridade nas colocações.

As enfermeiras, médicos e demais profissionais do PSF que mesmo muito atarefados, se dispuseram a contribuir com a pesquisa.

Ao Programa de Pós-graduação em Sociologia e ao corpo docente da UNESP, por tudo que me proporcionaram neste dois anos.

## RESUMO

Os agentes comunitários de saúde (ACS) são uma categoria profissional em expansão dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Mas a ampliação da utilização destes trabalhadores flexíveis trouxe a tona diversos problemas relacionados a sua identidade e representação social para a equipe e para a população atendida. Acreditamos que estes trabalhadores são sub-qualificados e mal remunerados frente às atribuições que lhes são imputadas. Esta condição tem gerado ansiedade e um sentimento generalizado de impotência e desprestígio dentro da categoria. Na interação cotidiana com os outros atores que compõe a equipe de saúde da família, percebem que o contraste entre os conhecimentos em saúde que possuem daqueles que os demais profissionais carregam é insuperável. No mais se vêem como incapazes de desenvolver um trabalho educativo e preventivo em saúde que não é devidamente valorizado pela comunidade atendida e nem mesmo pela equipe de saúde.

Temos em mente que o trabalho do ACS pode e precisa ser potencializado. A saída está na requalificação destes trabalhadores e na sua conseqüente profissionalização. Mas também pressupõe uma mudança estrutural no atendimento público em saúde, com a manutenção de serviços especializados e de maior complexidade de qualidade capazes de suprir a demanda da população. Envolve ainda a democratização dos serviços e a ampliação do acesso, com um maior envolvimento da sociedade na condução destas reformas. E finalmente, o Programa de Saúde da Família (PSF) quando implantado em grandes centros urbanos, não pode ficar restrito as suas periferias, o que significa que este modelo de atendimento também precisa ser readequado as necessidades da população.

Palavras chave: agente comunitário de saúde – Programa de Saúde da Família – capital social – trabalho - flexibilização – comunidade

## ABSTRACT

The communitarian agents of health (ACS) are a professional category in expansion inside of the Only System of Health (SUS). But the magnifying of the use of these flexible workers brought on the surface diverse related problems its identity and social representation for the team and the taken care of population. We believe that these qualified workers are sub and badly remunerated front the attributions that are imputed to them. This condition has generated anxiety and a generalized feeling of impotence and disreputation inside of the category. In the daily interaction with the other actors whom the team of health of the family composes, they perceive that the contrast enters the knowledge in health that they possess of that the excessively professional ones load are insuperable. In more if they see as incapable to develop an educative and preventive work in health that duly is not valued by the taken care of community and not even for the health team.

We have in mind that the work of the ACS can and needs to be powerment. The exit is in the requalification of these workers and its consequent professionalization. But also it estimates a structural change in the public attendance in health, with the specialized complexity and maintenance of service bigger of quality capable to supply the demand of the population. It still involves the democratization of the services and the magnifying of the access, with a bigger involvement of the society in the conduction of these reforms. E finally, the Program of Health of Family (PSF) when implanted in great urban centers, cannot be restricted its peripheries, what it means that this model of attendance also needs to be adequate the necessities of the population.

**Words key: communitarian agents of health - Program of Health of the Family  
– social capital - conformability– community - work**

## TABELAS

<b>Tabela 1: Faixa de Cobertura Populacional e Valores Anuais do Incentivo Financeiro por Equipe de Saúde da Família .....</b>	<b>36</b>
<b>Tabela 2. Número de Unidades de Saúde da Família e de Equipes de Saúde da Família no Município de Araraquara de 2000 a 2008.....</b>	<b>93</b>
<b>Tabela 3. Número de famílias e pessoas cadastradas pelo PSF de 2000 a 2006, em Araraquara.....</b>	<b>94</b>
<b>Tabela 4. Número de famílias e pessoas cadastradas pelo PSF em 2006, por unidade de saúde, em Araraquara .....</b>	<b>95</b>
<b>Tabela 5. Dados reunidos com questionários aplicados aos ACS do município.....</b>	<b>96</b>
<b>Tabela 6. Profissões anteriores, motivação para este trabalho e planos futuros dos ACS de Araraquara .....</b>	<b>97</b>
<b>Tabela 7 : Modalidades de contratação dos agentes comunitários de saúde que atuam nas ESFs, por unidade federativa.....</b>	<b>148</b>
<b>Tabela 8 : Modalidades de contratação das enfermeiras que atuam nas ESFs, por unidade federativa.....</b>	<b>149</b>
<b>Tabela 9. Modalidades de contratação das auxiliares de enfermagem que atuam nas ESFs, por unidade federativa.....</b>	<b>150</b>
<b>Tabela 10. Modalidades de contratação dos médicos que atuam nas ESFs, por unidade federativa.....</b>	<b>151</b>

## GRÁFICOS

<b>Gráfico 1. Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde da Família Implantadas BRASIL - 1994 – dezembro 2008 .....</b>	<b>38</b>
<b>Gráfico 2. Evolução do Percentual de Cobertura Populacional das ESF, Distribuído por Porte Populacional BRASIL – dezembro 2008 .....</b>	<b>39</b>
<b>Gráfico 3. Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família Implantadas BRASIL – 1994 – dezembro 2008 .....</b>	<b>40</b>
<b>Gráfico 4. Evolução da Cobertura Populacional (%) de ACS, PSF e ESB BRASIL – 2001 – DEZEMBRO 2008 .....</b>	<b>41</b>
<b>Gráfico 5. Evolução da População Coberta por Agentes Comunitários de Saúde Implantados BRASIL - 1994 – dezembro 2008 .....</b>	<b>42</b>
<b>Gráfico 6. Evolução do Número de Municípios com Agentes Comunitários de Saúde Implantados BRASIL - 1994 – dezembro 2008 .....</b>	<b>42</b>
<b>Gráfico 7. Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas BRASIL 1994 – dezembro 2008 .....</b>	<b>43</b>
<b>Gráfico 8. Meta e Evolução do Número de Agentes Comunitários de Saúde Implantados BRASIL 1994 – dezembro 2008 .....</b>	<b>44</b>
<b>Gráfico 9. Evolução dos Recursos Financeiros da Atenção Básica BRASIL 2000 – dezembro 2008 .....</b>	<b>45</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Agentes Comunitários de Saúde (ACS)  
Autorização de Internação Hospitalar (AIH)  
Conferência Nacional de Saúde (CNS)  
Conselho Municipal de Saúde (CMS)  
Conselho Nacional de Saúde (CNS)  
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)  
Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS)  
Departamento de Atenção Básica (DAB)  
Equipe de Saúde da Família (ESF)  
Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (F.SESP)  
Fundo das Nações Unidas para a infância (UNICEF)  
Fundo Nacional da Saúde (FNS)  
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)  
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)  
Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA)  
Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)  
Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)  
Ministério da Saúde (MS)  
Normas Operacionais Básicas (NOBs)  
Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS)  
Piso Assistência Básico (PAB)  
Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)  
Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)  
Programa de Agentes de Saúde (PAS)  
Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)  
Projeto de Qualidade Integral em Saúde (QUALIS)  
Programa de Saúde da Família (PSF)  
Saúde Bucal (SB)  
Saúde da Família (SF)  
Secretaria Estadual de Saúde (SES)  
Secretaria Municipal de Saúde (SMS)  
Serviço Especial de Saúde (SESA)



Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)  
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)  
Sistema de Informação Ambulatorial (SAI/SUS)  
Sistema de Informação Básica (SIAB)  
Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)  
Sistema Único de Saúde (SUS)  
Unidade de Saúde da Família (USF)  
Unidades Básicas de Saúde (UBSs)  
Universidade de São Paulo (USP)  
Universidade Estadual Paulista (UNESP)  
Visita domiciliar (VD)

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>1. O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE, O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O TRABALHO DO ACS</b>	
<b>1.1. DOS PROGRAMAS DE EXTENSÃO DA COBERTURA AO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA .....</b>	<b>19</b>
<b>1.1.1. O Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento – PIASS .....</b>	<b>22</b>
<b>1.1.2. Programa dos Agentes de Saúde do Ceará – PAS.....</b>	<b>24</b>
<b>1.1.3. Programa dos Agentes Comunitários de Saúde – PACS .....</b>	<b>27</b>
<b>1.1.4. Programa de Saúde da Família – PSF .....</b>	<b>29</b>
<b>1.1.5. Ações desenvolvidas pela ESF e ESB, modalidades de financiamento e responsabilidade das diferentes esferas de governo com os programas .....</b>	<b>34</b>
<b>1.1.6. A cobertura pelo PSF no Brasil .....</b>	<b>38</b>
<b>2. A NOVA QUESTÃO SOCIAL .....</b>	<b>46</b>
<b>2.1. O PSF NA PERSPECTIVA DAS AGENCIAS INTERNACIONAIS: DESENVOLVIMENTO DE CAPITAL SOCIAL, CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO POPULAR .....</b>	<b>54</b>
<b>2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UNIVERSALIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO .....</b>	<b>60</b>
<b>2.3. FLEXIBILIZAÇÃO E PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO .....</b>	<b>65</b>
<b>2.3.1. A flexibilização do trabalho dos agentes comunitários .....</b>	<b>69</b>
<b>2.3.2. Precarização do ACS .....</b>	<b>73</b>
<b>3. O ATENDIMENTO EM SAÚDE NO PSF E A ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE</b>	
<b>3.1. AVANÇOS, LIMITES E POSSIBILIDADES DO PSF: REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>75</b>
<b>3.2 A AÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS .....</b>	<b>84</b>
<b>4. REDE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA</b>	

<b>4.1 A COBERTURA DO PSF EM ARARAQUARA .....</b>	<b>93</b>
<b>4.2 O PERFIL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE ARARAQUARA .....</b>	<b>96</b>
<b>4.2.1. Relação com a comunidade e com a equipe de saúde.....</b>	<b>102</b>
<b>5. O PSF E O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO</b>	
<b>5.1 ENTREVISTAS COM GESTORES E EDUCADORES .....</b>	<b>109</b>
<b>5.2 ENTREVISTAS COM MÉDICOS E ENFERMEIRAS .....</b>	<b>120</b>
<b>5.3 ENTREVISTAS COM OS AGENTES COMUNITÁRIOS .....</b>	<b>130</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>142</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>I. TABELAS.....</b>	<b>148</b>
<b>II. QUESTIONÁRIOS .....</b>	<b>152</b>
<b>III. ROTEIROS DAS ENTREVISTAS .....</b>	<b>154</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>156</b>

## APRESENTAÇÃO:

O presente trabalho é resultado de uma pesquisa empírica envolvendo os agentes comunitários de saúde (ACS), e outros atores que atuam no Programa de Saúde da Família do município de Araraquara. A pesquisa teve início em 2006, ano de conclusão do curso de bacharelado em Ciências Sociais. Suas conclusões e resultados estão mescladas com observações e impressões colhidas *in loco* nos nossos seis anos de atuação junto a Secretaria Municipal de Saúde, dos quais quatro anos foram dedicados ao Programa de Saúde da Família.

Uma leitura atenta desta dissertação fará notar o quanto tentamos evitar que a nossa experiência profissional e pessoal comprometesse o seu caráter científico <sup>1</sup>. Quando escolhido o tema, sabíamos que encontraríamos alguma dificuldade nesse sentido. Mas sempre entendemos que, à parte a sua relevância acadêmica, esta pesquisa compreende também o estudo de uma área que desperta crescente interesse social e político.

Desde a promulgação da Constituição em 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), modelos e estratégias foram implantados visando concretizar seus princípios e diretrizes. O Programa de Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde em 1994, representa o mais recente esforço no sentido de fortalecer a Atenção Básica e consolidar um sistema público de saúde universal, e que ao mesmo tempo assegure a integralidade e equidade no atendimento. É resultado de experiências exitosas de outros programas que também utilizam agentes comunitários recrutados na própria comunidade atendida e equipes de saúde que priorizavam a vigilância e promoção da saúde.

Na esteira desta crescente priorização da atenção primária em saúde, há uma preocupação com a responsabilização de profissionais e usuários pelos resultados alcançados. A forma de gestão dos recursos humanos é vista pelos administradores do SUS como a resposta para muitos problemas existentes no Sistema, sobretudo para a baixa resolutividade da Atenção Básica. Nesse sentido apostou-se na flexibilização de contratos de trabalho como o caminho para se reverter uma certa cultura do funcionalismo público, identificada com a ausência de comprometimento dos

---

<sup>1</sup> Trabalhei como agente administrativo, por quatro anos, na unidade do PSF localizado no Jardim Pinheiros, em Araraquara, São Paulo.

profissionais com a qualidade dos serviços prestados. Também são enfatizados os conceitos de trabalho interdisciplinar em equipe e educação permanente.

Estudar as representações que os agentes comunitários fazem sobre o seu trabalho, é uma oportunidade para entender o impacto das mudanças em curso sobre os trabalhadores da saúde. É ao mesmo tempo uma abertura para problematizar os rumos adotados pelo sistema público de saúde, seus impactos sobre a qualidade e natureza do atendimento prestado. Finalmente nos permite iluminar a atividade do ACS, um trabalhador *sui generis* no que diz respeito à forma de contratação, competências e prerrogativas.

Iniciamos este trabalho com uma breve discussão sobre o atendimento público de saúde no Brasil e sobre os programas e estratégias que foram implantados a partir da década de 1940, cujas propostas podem ser consideradas como precursoras do PSF. Mas o modelo de saúde predominante no Brasil a partir dos anos 70 era baseado num sistema dualizado, que desvinculava a assistência médico-hospitalar - que era responsabilidade da Previdência Social – dos programas e atividades cujo foco era a vigilância à saúde - que ficaram sob o encargo do Ministério da Saúde.

O SUS surge em 1988 sob a égide da universalização e descentralização dos serviços públicos de saúde, agora definidos como direito de todos e dever do Estado. Mas passados vinte anos, este Sistema ainda está em fase de consolidação. Mesmo assegurando o direito a assistência em saúde nas suas diversas modalidades e níveis de complexidade, a que se destacar a ineficiência do Sistema, a baixa qualidade do atendimento e as inequidades no acesso aos serviços.

Neste contexto surge o Programa de Saúde da Família, acenando a possibilidade de se realizar um atendimento integral, humanizado e com equidade. Para tanto se parte do pressuposto que equipes menores atendendo uma área adstrita reduzida - portanto com uma população muito menor em comparação aos centros municipais de saúde (CMS) - , permitiriam a criação de vínculos mais estreitos entre os profissionais e os usuários. Os agentes comunitários de saúde seriam também um elo entre a equipe de saúde e a comunidade, recolhendo informações sobre os problemas de saúde e situações de risco encontradas nos domicílios, que propiciam a realização de um diagnóstico da população atendida, ao mesmo tempo em que seriam capazes de traduzir/transmitir conhecimentos biomédicos para o pacientes, fazendo com que estes sejam mais capazes e autônomos no que se refere à conservação e restauração de sua saúde.

No dois últimos capítulos fazemos um relato sucinto da história do sistema público de saúde do município de Araraquara. Também discutimos o processo de implementação e o funcionamento do PSF na cidade. A partir dos relatos e informações colhidas dos agentes comunitários médicos, enfermeiras, educadores, gestores, usuários, buscamos avaliar o impacto do Saúde da Família sobre a Atenção Básica. Mas sobretudo, buscamos investigar as consequências deste trabalho sobre os ACS e o restante da equipe.

Nas conclusões finais, tecemos algumas conclusões sobre os limites e alcances deste modelo de atendimento, e sobre as perspectivas abertas ao agente comunitário no que tange a sua contratação, formação e inserção na equipes de saúde.

## INTRODUÇÃO

O Estado de bem-estar social e suas derivações, que grosso modo se caracterizavam por um sistema público de seguridade e assistência social universalizados, vivenciaram uma crise a partir dos anos 70 que deu força a propostas de focalização destas políticas públicas. A idéia dominante é de que uma rede de serviços públicos estatais não é mais capaz de atender ao conjunto da população, pelo menos não sem comprometer a qualidade do atendimento. Ou que o tratamento igual a pessoas diferentes privilegia segmentos mais abastados em detrimento dos grupos mais vulneráveis e com déficit de inserção social.

Portanto existiu um clamor por reformas oriundo dos beneficiários, profissionais e segmentos marginalizados em prol de serviços mais humanos e eficientes. Esse anseio é produto da mudança do padrão geral da desigualdade, visto que a sociedade salarial entrou em crise, a perfil demográfico das populações se alterou, assim como as questões relacionadas com gênero, cor e etnia. O atendimento destas novas e diversificadas demandas são um grande desafio para o Estado e para a sociedade. Identificar essas necessidades e priorizá-las aparentemente se tornou impraticável para o sistema político representativo e para a burocracia estatal. Desse modo, novos processos, parcerias e atores são necessários ao bom funcionamento do setor público. Nesse sentido, se preconiza a participação mais ativa dos usuários na fiscalização dos serviços, a sua responsabilização assim como a dos funcionários que os atendem, a integração dos serviços públicos, a parceria com a sociedade civil organizada, o recrutamento de funcionários públicos nas próprias comunidades atendidas.

Políticas públicas que procuravam transformar o padrão global da desigualdade acabaram por refundá-la sob novas bases. A ocupação e o lugar ocupado pelo indivíduo na esfera produtiva determinavam se e como ele teria direito aos direitos na sociedade de bem-estar. Mas se mesmo nas economias de (quase) pleno emprego, o acesso a postos de trabalho estáveis e protegidos nunca foi garantido a todos, uma ampla rede de seguros social cuidava minimamente da assistência e inclusão de quem estava à margem da sociedade salarial. Mas a multiplicação de públicos alvo e ampliação dos valores empenhados na seguridade geraram um desequilíbrio fiscal quando o crescimento acelerado das economias desde o pós Segunda Guerra estancou. A situação agravou-se quando o número de trabalhadores ativos e que contribuem com o sistema de seguridade, diminuiu, e o de trabalhadores inativos, beneficiários de aposentadorias,

pensões e seguros, aumentou. O sistema tornou-se deficitário: passou a ser premente uma reforma da Previdência que fizesse com que a responsabilidade pelo custeio destes seguros não fosse transferida dos beneficiários para o conjunto da sociedade.

E no que se refere à oferta de serviços públicos, como já dissemos, a universalização não assegurou que o atendimento alcançasse quem mais precisa. Por sua vez, sistemas voltados para clientela específica (grupos de risco) podem promover a estigmatização destes indivíduos como “assistidos” e “maus pobres”. Mas existe uma terceira via, que é o caso do sistema público de saúde brasileiro, tema abordado nesta dissertação. Trata-se de um sistema que reúne características destes dois modelos. Segundo a Constituição federal, a saúde é direito de todos e dever do Estado. Mas o setor privado, atuando em caráter complementar, atende a uma parcela cada vez mais significativa da população. E algumas estratégias como o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), dentre outros, tem uma grande cobertura nas cidades e regiões mais pobres do país, assim como nas periferias dos grandes centros urbanos.

O Sistema Único de Saúde (SUS), que atende com exclusividade 140 milhões de brasileiros, se pauta por diretrizes que procuram romper com o modelo burocrático, segmentado, ineficiente, homogeneizado, que caracteriza os serviços públicos de saúde. Mas passados muitos anos desde a sua criação, muito ainda precisa ser feito. Estratégias como o PSF e o PACS, são apostas nessa direção. São políticas concebidas por quem acredita que na esfera local, na comunidade atendida, existem saídas e respostas para as questões relacionadas com a saúde. Elegem o vínculo entre profissionais e usuários e o conhecimento mais refinado da realidade da população residente na sua área de atuação, como recursos que potencializam ações que visam tratar patologias e prevenir o seu aparecimento, e promover a saúde.

O foco de atuação destes programas, centrado no trabalho preventivo e educativo, não chega a ser uma novidade, inclusive no atendimento público de saúde brasileiro. O que é inédito é a dimensão assumida por estes programas, em especial pelo PSF. O Ministério da Saúde adotou uma série de incentivos que fizeram com a maioria dos municípios aderisse à proposta. E a ampliação da cobertura e as expectativas criadas sobre estes programas, fomentaram a publicação de um considerável número de artigos acadêmicos, dissertações e teses sobre o assunto, sobretudo por pesquisadores da saúde pública. Como o Programa ainda não se consolidou, sobretudo em municípios de médio



e grande porte, estas pesquisas parecem estar influenciando gestores e profissionais de saúde.

É grande o interesse internacional, do Banco Mundial inclusive, que ajuda a financiar políticas que empregam agentes comunitários de saúde. Esse interesse é resultado dos excelentes resultados alcançados por outras iniciativas precursoras, em especial o Programa dos Agentes de Saúde do Ceará, implantando em 1987. A redução dos índices de morbidade e mortalidade foram significativos, sobretudo em crianças e gestantes. E o recrutamento de trabalhadores nas comunidades não proporcionava apenas a criação de laços mais estreitos de compromisso e respeito entre estes funcionários e a população, como era também um mecanismo de controle social. As comunidades podiam denunciar os agentes que não cumprissem suas atribuições, incluindo a realização das visitas domiciliares. As etapas de implantação, os objetivos e o funcionamento do Programa eram insistentemente divulgados para a população, o que coibia desvios que promovessem a descaracterização do programa, e a sua utilização por lideranças locais para propósitos clientelísticos.

Esta relação sinérgica entre Estado e sociedade foi objeto de estudo de Tendler e Evans. Este último autor denomina estas relações de confiança e compromisso como capital social. A utilização deste conceito a partir de uma perspectiva institucionalista está em voga hoje na Ciência Política, municiando agências transnacionais de desenvolvimento e crédito com projetos que levam em conta a natureza das instituições dos países clientes. Estas priorizam o financiamento de iniciativas que abraçam o seu entorno social e promovem “círculos virtuosos” a partir da transparência as políticas e abertura do setor público a participação dos cidadãos. E que promovem a co-responsabilização dos usuários, diminuindo a sua dependência da assistência estatal.

O recrutamento dos agentes comunitários de saúde nas comunidades atendidas facilitava a comunicação, na medida que estes trabalhadores possuíam um vínculo cultural com as pessoas que atendiam. E proporcionaria a criação de laços de confiança mais estreitos pois o agente era reconhecido como uma pessoa pertencente àquela coletividade. Mas esta suposição deu margem a que estes trabalhadores fossem contratados com muitos vínculos empregatícios diferentes, em sua maioria precários. Acreditava-se que a sua contratação direta pelo poder público terminaria por afrouxar sua identidade comunitária. E existia um empecilho jurídico, pois funcionários públicos

só podiam ser contratados mediante concurso de caráter universal, de modo que não se podia requerer sua residência nas áreas cobertas pelos programas.

Esta discussão está até certo ponto superada em virtude de uma recente emenda constitucional que permitiu a contratação dos agentes comunitários e dos agentes de endemias a partir de processo seletivo público. Mas outros problemas relacionados com a identidade destes agentes, e com as representações que os próprios ACS, a equipe de saúde e a comunidade atendida fazem sobre o seu trabalho, continuam presentes. Nesse sentido acreditamos que existem pontos de similaridade da ação desenvolvida pelos agentes com o trabalho flexível. E em certa medida podemos dizer que a capacidade relacional hoje tão valorizada nas empresas flexíveis é requisitada com intensidade ainda maior do ACS.

Mas para discutirmos essas questões que constituem o objetivo central deste trabalho, achamos ser necessário realizarmos um resgate dos principais programas cujas propostas são precursoras do PSF. E também debater os principais elementos constitutivos do sistema público de saúde no Brasil, da década de 1980 (período que antecedeu ao SUS) aos dias atuais. Feito isso, pretendemos caracterizar o Saúde da Família e o trabalho do ACS.

# **1. O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE, O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O TRABALHO DO ACS**

## **1.1. DOS PROGRAMAS DE EXTENSÃO DA COBERTURA AOS PROGRAMAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

No Brasil, principalmente a partir da década de 1970, os avanços científicos e tecnológicos na medicina, que se traduziam em custos crescentes da atenção médica, e as exigências econômicas e políticas quanto à extensão de serviços de saúde as categorias sociais marginalizadas, promoveram mudanças na atenção à saúde. Sob a influência dos movimentos de Medicina Integral, Medicina Preventiva e Medicina Comunitária, originaram-se programas de extensão da cobertura. Sua originalidade está no fato de que a extensão da assistência não se fará através das modalidades de prestação de serviço e da tecnologia médica predominante, mas, sobretudo, por meio do uso do trabalho não médico.

A Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata em 1978, influenciou a implantação em muitos países de programas de Cuidados Primários de Saúde para populações específicas. Nela afirmou-se que para que todas as populações do mundo alcançasse um nível aceitável de saúde, os cuidados primários de saúde seriam os principais meios. Os Programas de Saúde da Família, que viriam a ser implantados tanto em países desenvolvidos quanto nos subdesenvolvidos, se orientavam por justificativas de ordem econômica, científicas e técnicas, associadas a perspectivas humanistas (reforçadas na Conferência) – da saúde como o completo bem-estar físico, mental e social.

No Brasil, a saúde sempre ocupou um lugar secundário nas definições de política econômico-social do Estado. Os planos de desenvolvimento caracterizavam-se pela subordinação da área social aos objetivos específicos da política econômica. Mas no começo da década de 1970, a assistência médica brasileira era marcada por um forte contraste: de um lado a medicina altamente diferenciada, de elevado custo e intenso consumo dirigida a uma parcela da população; de outro, um grande contingente populacional desprovido de assistência médica ou de atendimento a suas necessidades básicas de saúde. Como neste momento pareciam inviáveis propostas que alterassem radicalmente a organização assistencial, sobretudo se baseadas na universalização daquele padrão diferenciado, foram pensadas formas alternativas capazes de tornar o setor menos excludente.

O II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975 –1979) cuidou de atribuir uma relativa autonomia aos setores da área social, abordando-os em suas especificidades. Desse modo à redução da pobreza seriam possibilitadas através da conjugação de medidas mais imediatamente econômicas, como a política de emprego e de salários, com uma estratégia de prestação de serviços sociais. (SILVA, 2001) Também no que se refere ao Sistema de Previdência Social, outras medidas avançaram no sentido da formulação de um sistema de seguridade social – como, por exemplo, a instituição da cobertura previdenciária para os maiores de 70 anos e inválidos; a concessão de benefícios para os trabalhadores rurais acidentados no trabalho; a inclusão do salário-maternidade.

Programas sociais foram criados e se destacaram por sua relação com a questão sanitária, como o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição – PRONAN e o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento – PIASS. E os Programas de Extensão da Cobertura – PEC – já eram divulgados e defendidos por organismos internacionais. Antes de prosseguirmos com a retomada destas propostas, cabe fazer referência a um serviço pioneiro no Brasil: o Serviço Especial de Saúde Pública – SESP (1942-1960) e a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública – F.SESP (1960-1990).

No início as atividades do SESP foram dirigidas prioritariamente para a assistência médico-sanitária das populações das áreas onde existiam matérias-primas de interesse estratégico para o esforço de guerra aliado na Segunda Guerra. As atividades desenvolvidas, basicamente, eram:

- Atividades de Saúde Pública: controle de doenças transmissíveis, enfermagem de saúde pública, educação sanitária, higiene pré-natal e da criança saneamento do meio ambiente
- Atividades de Assistência Médica: ao Adulto, à Mulher, à Criança;

Inicialmente as ações desenvolvidas pelos SESP eram essencialmente de caráter preventivo. Mas logo ficou claro para seus diretores que era preciso oferecer assistência médica em razão da necessidade destas populações, e porque ela tornava-se um atrativo para que as pessoas aceitassem, de bom grado, as medidas preventivas.

A Fundação Serviço Especial de Saúde Pública – F.SESP, criada em 1960 e vinculada ao Ministério da Saúde, tinha como objetivos básicos:

- operar serviços de saúde pública e assistência médico-hospitalar nas áreas do território nacional onde se desenvolvem ou venham a se desenvolver programas de valorização;

- estudar, projetar e executar empreendimentos relativos à construção, ampliação ou melhoria dos serviços de abastecimento de água e sistemas de esgotos;
- desenvolver um programa de educação sanitária nas localidades onde mantiver unidades sanitárias.

A F.SESP foi pioneira na criação de modelos de ampliação da cobertura para populações específicas, de práticas, diretrizes e princípios que atualmente se colocam no Programa de Saúde da Família. Dentre estas, destacamos:

- a oferta organizada de serviços na unidade, no domicílio e na comunidade: a puericultura, o pré-natal;
- a informação como base para a responsabilização sobre a população da área de abrangência;
- a abordagem integral da família;
- a utilização de pessoal auxiliar para ampliar a cobertura para populações específicas;
- o trabalho com a comunidade;
- a incorporação das atividades de assistência médica ao trabalho das unidades de saúde;
- a visita domiciliar realizada por visitantes sanitários e auxiliar de saneamento, para atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, monitoramento de grupos de risco e vigilância sanitária;
- o enfoque intersetorial: a incorporação às atividades de saneamento básico através da atuação do inspetor de saneamento e do engenheiro;
- a capacitação em serviço de profissionais e a preparação do pessoal de nível médio;
- a educação continuada para os profissionais;

Entre as atividades realizadas pelas visitadoras sanitárias, auxiliares que desenvolviam um atendimento aos indivíduos e famílias, na unidade e na comunidade, destacam-se:

- ◆ o atendimento a gestantes e crianças de baixo risco;
- ◆ as visitas domiciliares a puérperas e recém-nascidos;
- ◆ o acompanhamento de nascidos vivos e de óbitos de menores de um ano;
- ◆ o monitoramento de pacientes portadores de doenças prevalentes.

As visitadoras atuavam sob supervisão e orientação da enfermeira. Elas tinham a responsabilidade pela cobertura da população residente em determinada área do

município, mas não eram recrutadas na comunidade atendida. O treinamento para o trabalho, com duração de seis meses, era realizado pela própria enfermeira.

### **1.1.1. O Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento - PIASS**

A primeira etapa da implantação deste programa ocorreu no Nordeste entre 1976 e 1979. O Programa foi instituído com o propósito de criar uma estrutura básica de saúde pública nos municípios com até 20 mil habitantes e de contribuir para a melhoria do nível de saúde da população da Região. As diretrizes básicas do PIASS eram:

- ampla utilização de pessoal de nível auxiliar, recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas;
- ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, no atendimento de nosologias mais freqüentes e na detecção de casos mais complexos que precisavam ser encaminhados para serviços especializados;
- desenvolvimento de ações de saúde caracterizadas por serem de baixo custo e alta eficácia;
- disseminação de unidades tipo miniposto, integradas ao sistema de saúde da região;
- ampla participação comunitária.

A participação comunitária, segundo o decreto presidencial que criou o Programa, era ao mesmo tempo necessária e limitada. A mobilização da população beneficiada visava o desenvolvimento de atividades que assegurassem à manutenção controlada dos custos e a própria operacionalização das ações previstas. Desse modo à participação era dirigida para a implantação de sistemas simplificados de abastecimento de água, e de destinação de dejetos e lixo; a formação de hortas comunitárias que assegurassem um suprimento mínimo de alimentos; ao custeio parcial, em nível local, das atividades desenvolvidas.

A segunda etapa de implantação do PIASS ocorreu nas regiões de Sorocaba e do Vale do Ribeira, no estado de São Paulo, entre 1980 e 1985. A ênfase maior das equipes criadas neste período, era na garantia de acesso a assistência primária, na integração de recursos existentes e no atendimento da população residente na periferia dos centros urbanos e na zona rural. Para tanto, os postos de saúde seriam operados por agentes de saúde recrutados na própria comunidade. Havia, portanto, a preocupação com:

- a preparação da rede existente para servir de retaguarda à demanda gerada pelos postos de saúde;
- a integração entre as atividades de saúde e saneamento a serem desenvolvidas;

- a viabilização de um espaço de discussão da comunidade em relação à problemática da saúde.

Não se evidenciou uma preocupação em se definir previamente as ações que seriam desenvolvidas pelos agentes de saúde. Mas três componentes principais deveriam compor a sua atividade profissional: um componente mais técnico, relacionado com o atendimento de queixas e problemas; um componente direcionado para atividades em nível de comunidade; e um componente relacionado ao modo como deveria ser desenvolvido esse conjunto de atividades. A heterogeneidade dos locais onde o agente iria atuar e a proposta que o agente e a comunidade participassem dessa definição, fizeram com o conteúdo mais técnico ficasse para ser determinado no treinamento dos agentes. Mas havia uma clara preocupação em não se hipertrofiar o atendimento mais individualizado e assistencial, em detrimento das atividades coletivas.

A proposta de ação para os agentes incluía:

- proporcionar a extensão do atendimento aos problemas de saúde da população rural, através da execução de atividades específicas (curativos, vacinas, diagnósticos e tratamento de doenças mais prevalentes, atendimento à criança e à gestante, encaminhamentos, primeiros socorros);
- contemplar uma visão global do indivíduo e desse na comunidade;
- discutir os problemas de saúde em função das condições gerais de vida da população;
- organizar a comunidade para lutar pela saúde. (SILVA, 2001)

A razão da escolha dos municípios para o início do projeto deveu-se à existência de médicos sanitários nos centros de saúde, o que facilitaria a supervisão dos postos instalados. Quanto à contratação dos agentes, coube aos próprios moradores indicar a forma de escolha e a própria escolha dos agentes. Na maioria das localidades, após a indicação dos nomes, os agentes eram eleitos pelo sistema de votação secreta. A escolha recaía geralmente sobre pessoas que tinha um nível de escolaridade acima da média da população e que já desempenhavam uma função similar à esperada para o agente. Ou seja, eram pessoas que já desempenhavam algum tipo de atividade comunitária.

O treinamento os agentes buscava atingir dois objetivos: fortalecer o compromisso e a solidariedade com a comunidade; permitir a aquisição de um instrumental adequado para lidar com os problemas de saúde da população. A idéia era desenvolver a capacidade dos agentes analisarem criticamente as situações de saúde dentro do contexto em que elas apareciam, e de buscar um conhecimento que lhe permita atuar

ativamente quando houver a necessidade de mudar tais situações. A proposta é que houvesse uma integração entre aquilo que os agentes traziam como experiência de vida e os conteúdos transmitidos durante o treinamento.

### **1.1.2. Programa dos Agentes de Saúde do Ceará – PAS**

O Programa dos Agentes de Saúde, criado em 1987, foi à oportunidade do governo do estado do Ceará empregar milhares de moradores de áreas carentes na ocorrência de uma seca de inusitadas proporções. Financiado com os recursos do fundo para calamidades, o PAS foi responsável por 3% empregos criados com as chamadas “frentes de trabalho”. Entre setembro de 1987 e agosto de 1988, 6.113 agentes foram contratadas em 118 municípios do sertão cearense. Eles trabalharam desenvolvendo ações básicas de saúde: terapia de reidratação oral, vacinação, estímulo ao aleitamento materno, cuidados pré-natais, monitoramento do crescimento, entre outras. (SILVA, 2001; TENDLER, 1998) Com o fim do período mais crítico da seca, o programa mais amplo foi desativado. Mas o sucesso do programa e a pressão das comunidades atendidas levaram o governo do estado a optar pela manutenção e ampliação do programa, agora financiados com recursos do estado.

Antes do início do programa de medicina preventiva, os indicadores de saúde do Ceará e o acesso aos serviços de saúde estavam entre os piores da América Latina. A vacinação contra sarampo ou poliomielite cobria apenas 25% da população. O índice de mortalidade infantil era o dobro do registrado em todo o Brasil. Só 30% dos municípios do estado tinham enfermeira, isto para não falar em médico ou ambulatório. Em 1992, com cinco anos de funcionamento do programa, a mortalidade infantil diminuiu 36%; a cobertura de vacinas triplicou; e praticamente todos os municípios do estado passaram a contar com um programa de saúde pública. E esse atendimento preventivo teve um custo per capita 50 vezes menor do que o atual sistema de saúde brasileiro. (TENDLER, 1998)

O programa de saúde do Ceará representou uma iniciativa importante de descentralização da saúde. Mas diferentemente de outras experiências de descentralização em que ocorreu a simples transferência de responsabilidade do governo central para o local, neste caso o governo do estado é que chamou para si o recrutamento e contratação dos agentes de saúde. Uma equipe da Secretaria Estadual de Saúde deu aos agentes três meses de treinamento prévio e um substancial treinamento no posto de trabalho. O controle do estado converteu os prefeitos numa fonte potencial



de oposição, sobretudo porque não poderiam usar as novas equipes de saúde com propósitos clientelísticos.

Mas a notícia do novo programa se espalhou rápido pelas comunidades próximas, que passaram pressionar o seu próprio prefeito para terem o mesmo atendimento. E a publicidade “incomum e interminável” financiada pelo governo estadual teve um grande impacto sobre o ânimo dos funcionários e alcançaram os cidadãos com a promessa de melhorias notáveis na saúde. Quando o programa estava em funcionamento, seu “exército” de trinta a 150 agentes constituía a mais visível presença do setor público no município. “E por estarem realizando um trabalho que os tornava queridos na comunidade da qual eles próprios faziam parte, representavam uma força local de muito peso.” (TENDLER, 1998, p.45)

Finalmente, quando os prefeitos perceberam que eles poderiam atribuir para si os resultados conquistados com o bom funcionamento do programa, verificou-se a inversão da dinâmica do clientelismo para a da prestação de serviços. Ao criar uma comunidade informada e exigente, o estado iniciou um processo no qual os prefeitos era recompensados politicamente pelo apoio ao programa.

E no que tange a contratação e motivação dos funcionários, são cinco as condições que explicam o sucesso do PAS – em contraste com o trabalho precarizado e com baixos salários praticado normalmente na região:

- contratação por mérito;
- ausência de estabilidade no emprego;
- remuneração atrativa, porém baixa;
- educação e treinamento de trabalhadores sem qualificação;
- vínculo estreito com a comunidade.

A contratação por mérito causou impressão positiva nos próprios candidatos. Constituiu-se de reuniões em grupo e entrevistas individuais com os candidatos. No cenário colocado, a contratação de tantos funcionários se tornou um evento muito importante. Era a primeira vez que a maioria dos candidatos se oferecia ou eram entrevistados para ocupar uma colocação. E a remuneração oferecida – um salário mínimo - embora não houvesse benefícios trabalhistas, era bastante atrativa. Desse modo, os agentes começaram a trabalhar fortemente influenciados pelo prestígio que o processo de seleção e o trabalho lhe concediam. O treinamento oferecido conferiu-lhes

um status admirável. A sua educação não era condição, mas uma recompensa pelo fato destes trabalhadores terem sido escolhidos.

A Secretaria Estadual de Saúde deixou que as chefes de enfermagem decidissem, em grande parte, o modo como iriam dirigir o programa em seu município. Com isso houve uma grande variação nos programas no que se refere à realização de tarefas curativas, por exemplo. E as enfermeiras eram emancipadas da relação subalterna em relação aos médicos, tomando parte de decisões fundamentais para a sua identidade profissional e decidindo verdadeiramente questões administrativas que lhes eram atribuídas.

Quatro explicações para o bom desempenho institucional permeiam este caso. Primeiramente, os trabalhadores deste programa apresentaram alta dedicação ao emprego. Esse empenho é explicado tanto pelo comprometimento inicial com o trabalho, quanto pelo ambiente de trabalho que os recompensou. Em segundo lugar, o próprio governo alimentou esta alta dedicação com demonstrações públicas de admiração e respeito pelo que eles estavam fazendo. “Concedeu prêmios para o bom desempenho, com muita pompa e cerimônia.” “Pelo simples fato de trabalhar nesses programas, dizia-lhes, eles pairavam acima dos outros como líderes.” (TENDLER, 1998, p.186-187) Os trabalhadores estavam envaidecidos por este respeito e queriam estar à altura dele.

Em terceiro lugar, o reconhecimento sentido por esses trabalhadores e o efeito que tal reconhecimento teve em seu desempenho, estava relacionado ao modo como o seu trabalho estava organizado. Os funcionários realizavam um conjunto de tarefas maior e mais diversificadas do que o especificado. A “mistura de trabalhos” aglutinavam-se numa oferta de serviço centrada no cliente e solucionadora de problemas. Ela fez surgir relações de confiança e respeito entre usuários e servidores públicos. Como sabemos, a ampliação do serviço, o trabalho com múltiplas tarefas, personalizado, e com maior poder de decisão para o trabalhador e o cliente, é uma prática comum no meio empresarial. Nos vamos discutir esta questão mais detalhadamente no próximo capítulo, mas podemos adiantar que esta “autonomia” do trabalhador – talvez em situações alheias a este caso - funciona freqüentemente como um engodo.

Em quarto lugar, se a maior variedade de tarefas pode sobrecarregar o trabalhador e da mais espaço para a negligência e corrupção, tais problemas foram mantidos sob controle por dois mecanismos: as mensagens do estado para o público – informando o que os funcionários públicos deviam ou não fazer - e a personalização do trabalho.

Além disso, as tarefas extras não foram criadas aleatoriamente. Elas eram coerentes com um conjunto de atividades necessárias para a consecução dos programas, quer se tratasse da melhoria da saúde ou de maior produtividade da agropecuária.

### **1.1.3. Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS**

O PACS teve início em 1991 na região nordeste do Brasil. Pretendia-se que em 1992 o programa entrasse na periferia das grandes capitais e áreas carentes. A justificativa para a sua implantação pelo Ministério da Saúde eram experiências positivas com a atenção primária, como a do PAS, que integravam agentes comunitários a equipe. Os ACS funcionariam como um elo entre a equipe e a população, e resolviam ou evitavam uma parte dos problemas de saúde.

Priorizando o atendimento materno infantil e a cobertura de populações rurais e residentes em áreas urbanas carentes de serviços de saúde, o PACS deveria contribuir com o processo de municipalização e consolidação de um sistema de saúde hierarquizado, regionalizado e com possibilidade de acesso universal.

O objetivo geral era melhorar a capacidade da população cuidar da própria saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos e facilitando a sua comunicação com os serviços locais de saúde. Os objetivos específicos eram capacitar os ACS para executar tarefas de primeiro nível de atenção; garantir a integração do agente à equipe da unidade de saúde a qual estivesse vinculado; ampliar o acesso a informações de saúde daquela população; organização e mobilização da comunidade para o enfrentamento de problemas de saúde.

Com base na experiência do Ceará, foram definidos os requisitos exigidos dos candidatos: saber ler e escrever, ter mais de 18 anos, morar há mais de dois anos na comunidade. O processo seletivo era composto de uma prova escrita e de entrevistas individuais e grupais. Os candidatos aprovados eram contratados como bolsistas.

O treinamento dos ACS buscava desenvolver uma percepção mais abrangente da situação de saúde e a habilitação para a atenção à saúde da comunidade. O agente precisaria compreender a sua comunidade, entender os seus problemas e estimulá-la a mudar sua relação com a saúde. O conteúdo da capacitação corresponderia às ações a serem desenvolvidas e o método pedagógico seria o da integração ensino/trabalho.

Dentre as ações propostas, destacamos:

- estimular continuamente a organização comunitária;

- participar da vida da comunidade, principalmente através de das organizações, estimulando a discussão das questões relativas à melhoria da qualidade de vida;
- fortalecer os elos entre a comunidade e os serviços de saúde;
- informar aos demais membros da equipe de saúde da disponibilidade, necessidades e dinâmica social da comunidade;
- orientar a comunidade para a utilização adequada dos serviços de saúde;
- registrar nascimentos, doenças de notificação compulsória e de vigilância epidemiológica e óbitos ocorridos;
- cadastrar todas as famílias da sua área de abrangência;
- identificar todas as gestantes e crianças de 0 a 6 anos de sua área de abrangência, através de visitas domiciliares;
- executar, dentro do seu nível de competência, ações e atividades básicas de saúde:
  - acompanhamento a gestantes e nutrizes
  - incentivo ao aleitamento materno
  - acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança
  - garantia do cumprimento do calendário de vacinação e de outras vacinas que se fizerem necessárias
  - controle das doenças diarreicas
  - controle da Infecção Respiratória Aguda – IRA
  - orientação quanto a alternativas alimentares
  - utilização da medicina popular
  - promoção de ações de saneamento e de melhoria do meio ambiente
  - promoção da educação em saúde

As entidades nacionais de enfermagem preocupavam-se com a incorporação do agente comunitário no desenvolvimento de ações básicas de saúde, acreditando que elas significavam um aumento do contingente de trabalhadores sem qualificação exercendo atividades de enfermagem. Mas o Ministério da Saúde havia garantido às entidades de enfermagem que, após a capacitação inicial dos agentes em ações básicas de saúde, mobilização e educação sanitária, haveria continuidade no processo de formação, com a finalidade de habilitá-los em Auxiliar de Enfermagem Comunitário. Deveria também ser viabilizada a continuidade da escolaridade para nível de 1º grau, paralelamente à formação profissionalizante.

#### **1.1.4. Programa de Saúde da Família – PSF**

O Programa de Saúde da Família foi concebido em 1993 e oficializado em 1994. A concepção do programa era de fazê-lo um instrumento de reorganização do SUS, de municipalização, estando definido que ele deveria privilegiar área de maior risco social. Na sua primeira versão, o PSF é apresentado como um modelo de assistência à saúde que visa desenvolver ações de promoção e prevenção da saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Segundo esta proposta, cada equipe de PSF era responsável pela cobertura de uma área geográfica onde habitem de 800 a 1000 famílias. Este critério poderia ser alterado em função das condições de acesso e densidade demográfica.

As equipes de PSF são compostas por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, e de quatro a seis agentes de saúde. A equipe de PSF deve residir na comunidade onde iria atuar e trabalhar em regime de dedicação exclusiva. Posteriormente, esse critério de residência ficou estabelecido apenas para o agente comunitário.

As equipes devem buscar parceria com diversos segmentos da sociedade. E para assegurar a participação ativa da comunidade são realizadas ações de educação e promoção da saúde, com difusão permanente de informações. Cada pessoa da família recebe atenção integral, independentemente da idade e do estado de saúde.

O PSF deve ser a porta de entrada ao sistema de saúde. A formação dos profissionais deve ser direcionada para esse modelo de atenção e os trabalhadores precisam se identificar com os objetivos do trabalho. As equipes de saúde são monitoradas por grupos de supervisão, conselho municipal de saúde e comunidade atendida.

Dentro os objetivos específicos desta proposta, destacamos:

- divulgar o conceito de saúde como qualidade de vida e direito do cidadão;
- promover a família como núcleo básico da abordagem no atendimento à saúde da população, com enfoque comunitário;
- humanizar o atendimento;
- ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do atendimento no sistema de saúde;
- levar ao conhecimento da população as causas que provocam as doenças e os resultados alcançados na sua prevenção e no seu tratamento;
- incentivar a participação da população no controle o sistema de saúde.

O PSF seria implantado prioritariamente nas áreas delimitadas pelo mapa da fome do IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. A escolha também deveria observar o interesse da comunidade em participar do PSF e as necessidades de saúde locais e demanda por serviços. As equipes de saúde devem trabalhar de forma integrada com a comunidade. Assim seria possível aumentar a participação das organizações populares no planejamento e execução do programa, e contribuir para o controle social das ações e serviços de saúde.

A partir de 1997, documentos do Ministério da Saúde reforçam o entendimento do PSF como uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica. Desse modo, seu objetivo passa ser a substituição do modelo tradicional de assistência por uma atenção em saúde com enfoque preventivo e centrada na família - entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social. Isso permite as equipes uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas.

Os princípios que norteiam as unidades de PSF são:

- o **caráter substitutivo** em relação às práticas convencionais de assistência, com o eixo centrado na vigilância à saúde;
- **integralidade** e hierarquização, de modo que a unidade de estar inserida no primeiro nível da atenção e vinculada à rede de serviços, garantindo a referência e contra-referência sempre que for necessário um atendimento mais especializado;
- a **territorialização** e adscrição da clientela, recomendando-se que cada equipe seja responsável por no máximo 4500 pessoas<sup>2</sup>;
- equipe **multiprofissional**.

Outro ponto central do programa é o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais e a população, condição necessária ao entendimento das famílias a partir do ambiente onde vivem. E as equipes de PSF assumem o desafio de aliar a universalização da cobertura com o respeito ao princípio da equidade.

Dentre seus objetivos específicos, destacamos:

- prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolutividade e boa qualidade em relação às necessidades de saúde da população;
- intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;

---

<sup>2</sup> De acordo com a portaria 648/06, cada equipe deve atender no máximo 4000 pessoas.

- contribuir para a democratização do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida.

O PSF, embora lançado também como proposta do Ministério da Saúde, não era a princípio uma proposta substitutiva ao PACS. Só mais recentemente o PACS foi definido como um “programa provisório”, proporcionando o estabelecimento de vínculo entre os serviços de saúde e a população, para a futura implantação do Saúde da Família.

São atribuições comuns aos profissionais que integram a ESF:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas;
- identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais aquela população está exposta.
- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde e fatores que colocam em risco à saúde;
- Executar de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância a saúde e vigilância epidemiológica, nas diferentes fases do ciclo de vida;
- Valorizar a relação com os usuários e com a família, para criação de vínculos de confiança, de afeto, de respeito;
- Realizar visitas domiciliares de acordo com o planejamento;
- Resolver os problemas de saúde no nível da atenção básica;
- Garantir continuidade do tratamento dentro de um sistema de referência e contra-referência para os casos de maior complexidade ou que necessitem de internação hospitalar;
- Prestar assistência integral à população adscrita, respondendo a demanda de forma contínua e racionalizada;
- Coordenar, participar de e/ou organizar grupos de educação para a saúde;
- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados;
- Fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e as suas bases legais;

- Incentivar a formação e/ou participação ativa da comunidade nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde.

Segundo o Guia do PSF (2001), os agentes comunitários são indivíduos que se destacam na comunidade, pela capacidade de se comunicar com as pessoas, pela liderança que exercem e que funciona como um elo entre a equipe e a comunidade. Este contato permanente com as famílias facilita o trabalho de promoção de saúde e vigilância a saúde. E também um elo cultural, que dá mais força ao trabalho educativo, ao unir dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular.

As atribuições básicas do ACS são:

- realizar mapeamento da sua área de atuação;
- cadastrar e atualizar as famílias de sua área;
- identificar famílias e indivíduos expostos a situações de risco;
- realizar, através de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;
- coletar dados para análise da situação das famílias acompanhadas;
- desenvolver ações básicas de saúde nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças;
- promover educação em saúde e mobilização comunitária, visando uma melhor qualidade de vida mediante ações de saneamento e melhorias do meio ambiente;
- incentivar a formação de conselhos locais de saúde;
- orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde;
- informar os demais membros da equipe acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades;
- participação no processo de programação e planejamento local das ações relativas ao território de abrangência da unidade de Saúde da Família, com vistas à superação dos problemas identificados.

Comparando as características e atribuições dos agentes comunitários do PSF com as dos trabalhadores “similares” de outros programas de extensão da cobertura citados, percebemos a ocorrência de mudanças significativas. Por exemplo, os visitantes da F.SESP não eram recrutados nas comunidades atendidas. Seu trabalho consistia fundamentalmente na execução de atividades de enfermagem e ações de vigilância à



saúde, no domicílio e na comunidade. Ele atuava como um “agente institucional assumido”, sem mobilizar a população. E ao contrário de outros programas, a ênfase do trabalho da F.SESP, para os resultados a serem obtidos, não era no agente e sim na programação oferecida. (SILVA, 2001)

No PIASS implantado no Nordeste, os **auxiliares de saúde** eram arrolados na população atendida. Mas a participação da comunidade na manutenção do programa, era de natureza bastante utilitarista. Como salientamos, seu papel era o de subsidiar os minipostos rurais com alimentos, arcar com alguns custos e realizar pequenas obras de saneamento. O leque de ações realizadas pelos auxiliares era amplo, envolvendo a prevenção de doenças transmissíveis, a educação para a saúde, ações de saneamento básico, a realização de atividades e procedimentos de enfermagem e, em muitos casos, o diagnóstico e o tratamento de certas patologias.

No PIASS do Vale do Ribeira, o rol de atividades definidas para o **agente de saúde**, encarregado da viabilização do programa, era composto por dois componentes principais: um estritamente técnico, relacionado com o atendimento de indivíduos e famílias, a intervenção para promoção da saúde ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos; e outro identificado como político, não apenas de solidariedade com a população, de discutir saúde no contexto geral da vida, mas no sentido de organização da comunidade, de transformação destas condições.

O agente como um elemento de transformação social e não apenas de reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde. Essa é uma dimensão importante e diferenciada da proposta do Projeto DEVALE em relação aos demais. (SILVA, 2001, p.100)

O PAS guardou momentos distintos, enquanto programa emergencial para o período da seca e como estratégia de atendimento em saúde. Em cada uma destas ocasiões, o rol de ações dos agentes de saúde, o treinamento e o relacionamento com população, variam. Mas este programa foi o principal inspirador do PACS. E este, tanto no que se refere à atuação do agente comunitário de saúde, quanto na proposta de atendimento em saúde, apresenta muitos pontos análogos com o PSF. A diferença mais evidente é quanto ao caráter substitutivo do Saúde da Família em relação ao modelo médico hegemônico e a as práticas de assistência convencionais. O PACS, diferentemente, consiste numa de equipe de agentes comunitários, supervisionada por

uma enfermeira, que é incorporada a uma unidade básica de saúde. Não temos subsídio para discutir com mais profundidade o funcionamento deste programa, mas aparentemente a integração entre os ACS e o restante da equipe é complicada. O que não significa dizer que esta integração ocorra verdadeiramente no PSF. São estas questões nos pretendemos discutir no próximo capítulo.

### **1.1.5. Ações desenvolvidas pela ESF e ESB, modalidades de financiamento e responsabilidade das diferentes esferas de governo com os programas**

A Norma Operacional da Assistência em Saúde – NOAS de 2001, define as seguintes ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família – ESF e Equipes de Saúde Bucal – ESB:

- I- Ações de saúde da criança: vigilância nutricional, imunização, assistência a doenças prevalentes na infância, assistência e prevenção de patologias bucais.
- II – Ações de saúde da mulher: Pré-natal, prevenção do câncer de colo do útero; planejamento familiar, prevenção de problemas odontológicos em gestantes.
- III – Controle de hipertensão: diagnóstico de casos, cadastramento do portadores, busca ativa dos casos, diagnóstico precoce de complicação; primeiro atendimento de urgência, tratamento, atendimento à saúde bucal, medidas preventivas.
- IV – Controle da Diabetes Melitus: diagnóstico de casos, cadastramento dos portadores, tratamento dos casos, monitorização dos níveis de glicose, diagnóstico precoce de complicação, primeiro atendimento de urgência, encaminhamentos dos casos graves para outro nível de complexidade, medidas preventivas e de promoção da saúde.
- V – Controle da tuberculose: busca ativa de casos, notificação de casos, diagnóstico clínico de casos, acesso a exames para diagnóstico e controle, cadastramento dos portadores, tratamento dos casos, medidas preventivas.
- VI – Eliminação da hanseníase: busca ativa de casos, notificação, diagnóstico clínico de casos, cadastramento dos portadores, tratamento, controle de incapacidades físicas, medidas preventivas.
- VII – Ações de saúde bucal.

De acordo com a Portaria n.º 648, de 29 de março de 2006, cada equipe de Saúde da Família do PSF deve ser responsável pelo atendimento de no máximo 4000 pessoas, sendo a média recomendada 3000. Devem ser compostas por no máximo doze agentes, e cada ACS pode atender até 750 pessoas.

O monitoramento e a avaliação das atividades desenvolvidas pelo programa são realizadas pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que possui os seguintes dados de alimentação obrigatória: dados cadastrais da equipe de saúde, dados cadastrais das famílias acompanhadas e índices de saúde e sociais. De acordo com o Ministério da Saúde, o Sistema produz relatórios que auxiliam as próprias equipes e os gestores municipais a acompanhar e avaliar o trabalho. Ao mesmo tempo, esses relatórios permitem conhecer a realidade sócio-sanitária da população acompanhada, permitindo um planejamento e adequação das ações de acordo com a realidade local e visando melhorar a qualidade do serviço de saúde.

Quanto ao financiamento do programa, o Piso da Atenção Básica (PAB) é o componente federal para o financiamento da Atenção Básica. Se constitui de um parte fixa correspondente a R\$ 15,00 (quinze reais) per capita ao ano, e de outra destinada ao financiamento das estratégias nacionais: Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal e outras. Esta segunda parcela é variável e corresponde a duas modalidades de financiamento no caso do Saúde da Família. A modalidade 1 se refere a equipes que:

I – estiverem implantadas em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7 e população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais estados do país;

II - estiverem implantadas em municípios que integram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e que não estão enquadradas na alínea I deste item;

III – estiverem implantadas em municípios não inclusos no estabelecido nas alíneas I e II e atendam a população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos de no mínimo 70 (setenta) pessoas.

Na modalidade 2 estão inclusas as ESF implantadas em todo o território nacional que não se enquadram nos critérios da Modalidade 1. A Portaria nº 650/06 estabelece que o valor dos incentivos financeiros referentes às Equipes de Saúde da Família na Modalidade 1 é de R\$ 8.100,00 (oito mil e cem reais) a cada mês, por equipe. O valor do incentivo referentes às equipes na Modalidade 2 é de R\$ 4.500,00 (quatro mil e quinhentos reais) a cada mês, por equipe.

A Portaria nº 1761/07 define que o valor do incentivo financeiro para os agentes comunitários de saúde seja de R\$ 532,00 (quinhentos e trinta e dois reais) a cada mês. A Portaria nº 650/06 define também que para cada ESF implantada o município receba o

valor total de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais). O valor para a Equipe de Saúde Bucal é de R\$ 7.000,00 (sete mil reais).

De acordo com a Norma Operacional Básica (NOB-SUS 01/06), ao montante referente ao PAB fixo é acrescido um valor percentual corresponde a taxas de cobertura alcançados no município pelo PSF, conforme os seguintes critérios:

- ❑ Acréscimo de 3% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta, até atingir 60% da população total do município;
- ❑ Acréscimo de 5% para cada 5% da população coberta entre 60 e 90% da população total do município;
- ❑ Acréscimo de 7% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município.<sup>3</sup>

E existe outro incentivo financeiro transferido para os municípios que implantaram o Saúde da Família, que tem por base também à cobertura atingida pelo programa. A portaria nº1.329/99 instituiu que, de acordo com a faixa de cobertura, os municípios recebam valores diferenciados, conforme a tabela:

**Tabela 1: Faixa de Cobertura Populacional e Valores Anuais do Incentivo Financeiro por Equipe de Saúde da Família.**

CLASSIFICAÇÃO DAS FAIXAS DE COBERTURA	FAIXAS DE COBERTURA POPULACIONAL EM %	VALOR DO INCENTIVO/EQUIPE/ANO (R\$ 1,00)
1	0 a 4,9	28.008
2	5 a 9,9	30.684
3	10 a 19,9	33.360
4	20 a 29,9	38.520
5	30 a 39,9	41.220
6	40 a 49,9	44.100
7	50 a 59,9	47.160
8	60 a 69,9	50.472
9	70 e mais	54.000

Fonte: AGUIAR, 2008.

Como o município é o espaço de execução da estratégia de Saúde da Família, cabe a ele definir meios e condições operacionais para sua implantação. De acordo com o Ministério da Saúde, o município deverá solicitar a Secretaria Estadual da Saúde a adesão ao PSF e cumprir os seguintes requisitos: estar habilitado em alguma forma de gestão segundo a NOB/SUS 01/06 e apresentar ata da reunião do Conselho Municipal de Saúde aprovando a implantação do programa.

A esfera municipal deve se responsabilizar pela: adequação das Unidades de Saúde da Família, possibilitando a resolutividade na assistência e a integração com a serviços de saúde de maior complexidade; pelo custeio da unidade de saúde; pela contratação, remuneração e educação permanente dos profissionais que compõe a equipe.

De acordo com o Ministério da Saúde, a coordenação do PSF está sob responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde. A estas compete: contribuir para a reorientação do modelo assistencial através do estímulo à adoção do programa; estabelecer, em conjunto com a instância de gerenciamento nacional do programa, as normas e diretrizes do PSF; definir estratégias de implantação e implementação do programa; definir mecanismos de alocação de recursos que compõem o teto financeiro do estado para a implantação e a manutenção do programa; pactuar os requisitos específicos para a implantação do programa; cadastrar as unidades de saúde da família no SAI/SUS; prestar assessoria técnica aos municípios; promover a articulação com instituições de nível superior para educação permanente dos recursos humanos de saúde da família; analisar os dados de interesse estadual e alimentar o banco de dados nacional; controlar o cumprimento, pelos municípios, da alimentação do banco de dados nacional; promover articulações com outras instâncias da esfera federal e, viabilizar parcerias internacionais com organizações governamentais, não-governamentais e do setor privado, para fortalecimento do programa no âmbito do estado.

Ao Ministério da Saúde compete: contribuir para a reorientação do modelo assistencial; estabelecer normas e diretrizes para a implantação do programa; garantir fontes de recursos federais; definir mecanismos e prioridades de alocação dos recursos federais; negociar requisitos para a implantação da estratégia saúde da família; prestar assessoria técnica aos estados e municípios; promover articulações com o ensino superior e as instituições de serviço para capacitação, formação e educação permanente dos recursos humanos necessários ao modelo de saúde da família; consolidar dados de interesse nacional gerados pelo sistema de informação e divulgar os resultados obtidos; controlar o cumprimento, pelos estados e municípios, da alimentação do banco de dados (SIAB); promover articulações com outras instâncias da esfera federal, e identificar e viabilizar parcerias com organismos internacionais, apoiadas em organizações governamentais, não-governamentais e do setor privado.

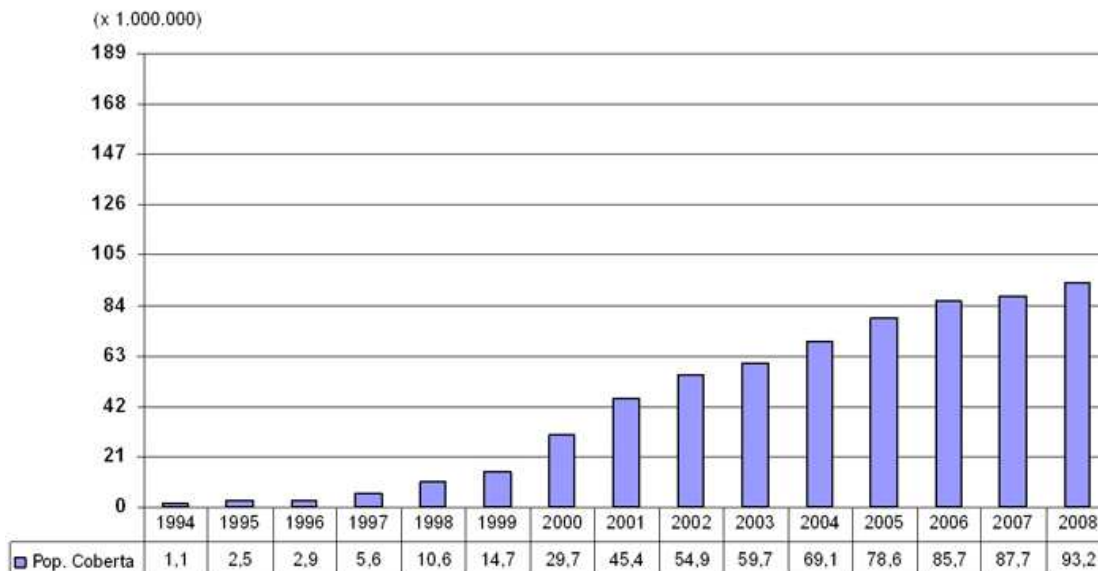
---

<sup>3</sup> Os acréscimos no PSF tem como limite 80% do valor do PAB original do município.

### 1.1.6. A cobertura pelo PSF no Brasil

#### Gráfico 1

#### Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde da Família Implantadas BRASIL - 1994 – DEZEMBRO/2008

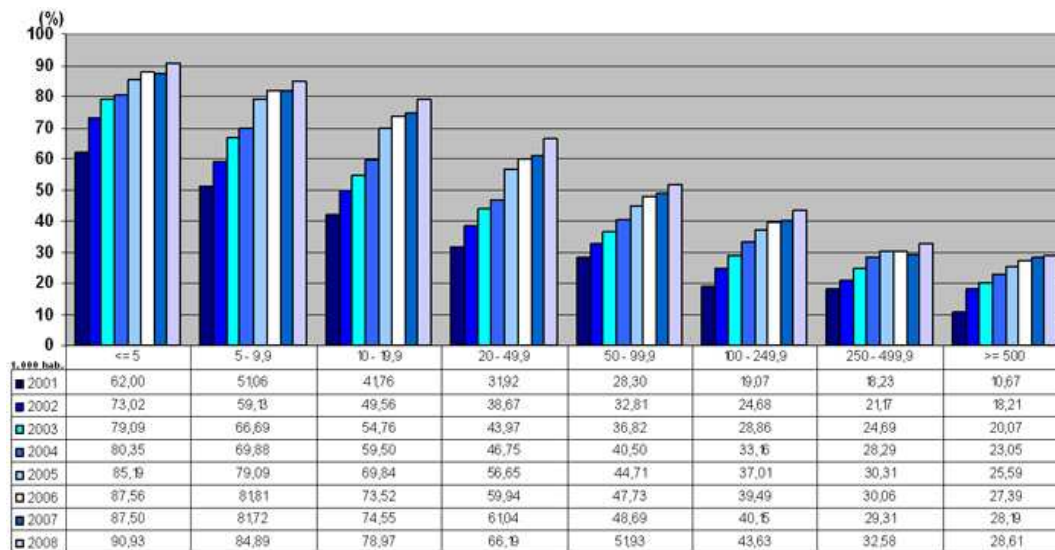


FORNTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Fonte: Ministério da Saúde - [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

Nota-se um crescimento acentuado na cobertura populacional pelo Programa de Saúde da família. Se em 1994 1,1 milhão de pessoas eram atendidas por ESFs, atualmente são 93,2 milhões. Verificamos que entre 1994 e 2001, as taxas de crescimento são vertiginosas. Porém o crescimento numérico é muito mais expressivo a partir de 1999. Em 2000 a população coberta chegou a 29,7 milhões, um aumento de exatos 15 milhões de pessoas em relação ao ano anterior. Nos últimos nove anos o número de pessoas atendidas pelo PSF triplicou.

**Gráfico 2**  
**Evolução do Percentual de Cobertura Populacional das ESF, Distribuído por Porte Populacional**  
**BRASIL - DEZEMBRO/2008**



FONTE: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica  
 SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

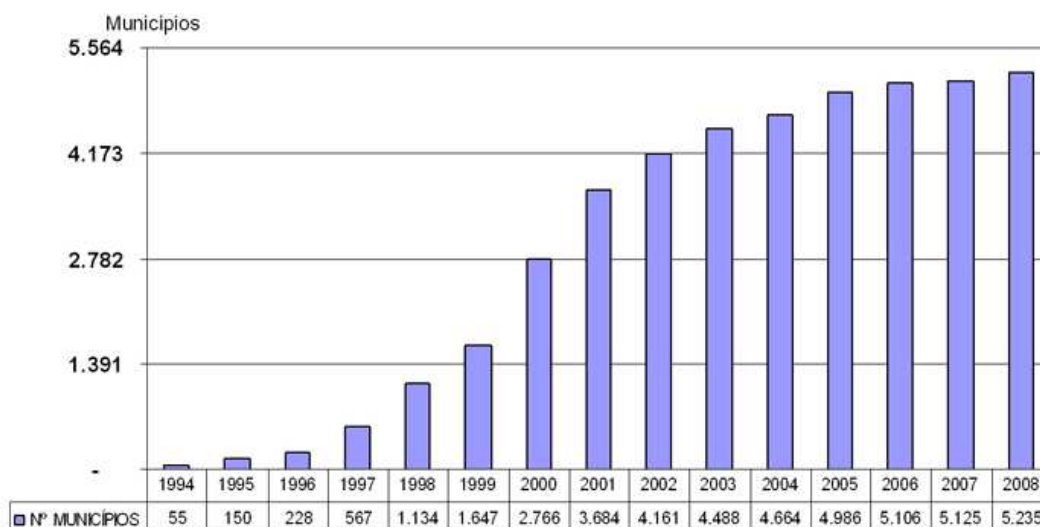
**Fonte: Ministério da Saúde - [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)**

O maior percentual de cobertura das ESFs em municípios com até 20 mil habitantes, que varia entre 80% e 91%, é justificada possivelmente pela ausência de uma rede de serviços de saúde estruturada anteriormente nestas localidades. E também pela adoção de incentivos diferenciados para municípios com até 30 mil habitantes. Mas a cobertura em municípios de médio e grande porte cresceu significativamente. Porém, o gráfico demonstra que normalmente quanto mais populoso o município, menor é a taxa de cobertura pelo PSF. A hipótese que levantamos é de que isso se deve a existência de uma rede de serviços na qual se consolidou o modelo assistencial em saúde, centrado na figura do médico. A resistência da população e dos próprios gestores e profissionais da saúde limitaria a implantação de Unidades de Saúde da Família.

Essa ampliação da cobertura em municípios de todos os portes, provavelmente é uma resposta positiva aos incentivos que o governo federal dirigiu aos municípios que implantaram o programa, proporcionalmente ao índice de cobertura alcançado. Mas deve ser vista também como uma aposta do poder local no potencial do Programa resolver problemas crônicos do sistema de saúde como a ineficiência, a baixa resolutividade aliada aos elevados custos da medicina de padrão curativo, a insatisfação

dos usuários, as inequidades no acesso aos serviços, a falta de envolvimento dos profissionais etc.

**Gráfico 3**  
**Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família Implantadas**  
**BRASIL - 1994 – DEZEMBRO/2008**



FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
 SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

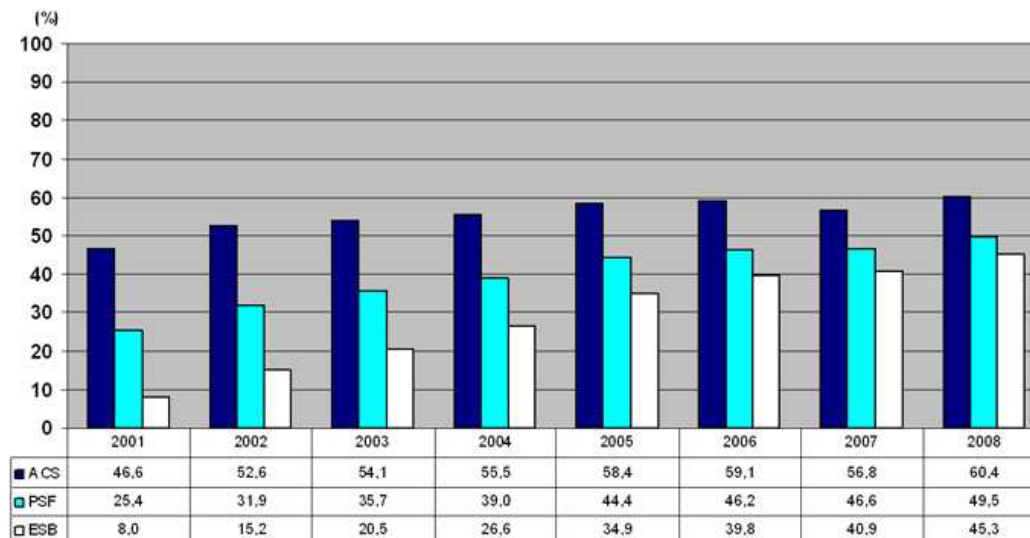
**Fonte: Ministério da Saúde – [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)**

Este gráfico é particularmente elucidativo. O número de municípios com equipes de saúde da família implantadas cresceu quase 100 vezes nos últimos quinze anos. Nos primeiros quatro anos de existência do PSF, o número de municípios com equipes do programa saltou de 55 para 567, um aumento de mais de 1000%. Mas é importante observar que entre 1998 eram 1.134 municípios que contavam com ESFs. Em 2001, 3.684 localidades já haviam implantado o Saúde da Família. Ou seja, registrou-se neste período de quatro anos um crescimento de mais de 300% - que correspondeu a 2.550 municípios.

Atualmente são 5.235 municípios com equipes implantadas, ou 94% do total. Um número expressivo e que demonstra que o PSF tem contribuído com a universalização da Atenção Básica em Saúde.



**Gráfico 4**  
**Evolução da Cobertura Populacional (%) de ACS, PSF e ESB**  
**BRASIL - 2001 - DEZEMBRO/2008**

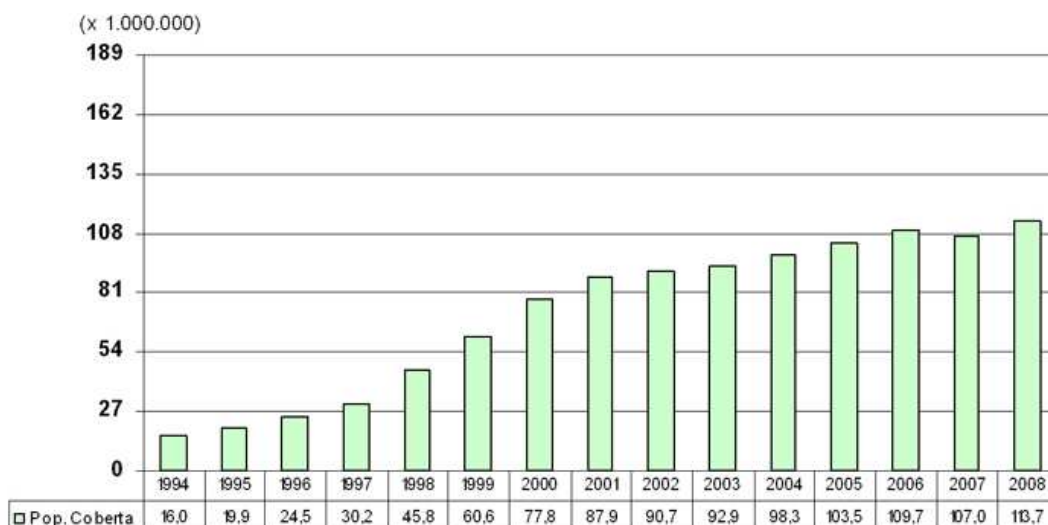


FORNTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
 SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

**Fonte: Ministério da Saúde – [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)**

Em 2008 a cobertura com o atendimento de agentes comunitários de saúde alcançou 60,4% de população brasileira. A cobertura do PSF é menor 49,5%, o que se deve ao fato de que os ACS estão incluídos também em outras programas, como o PACS. Significativo foi o salto na cobertura por Equipes de Saúde Bucal que de 8% em 2001, passou para 45,3% em 2008.

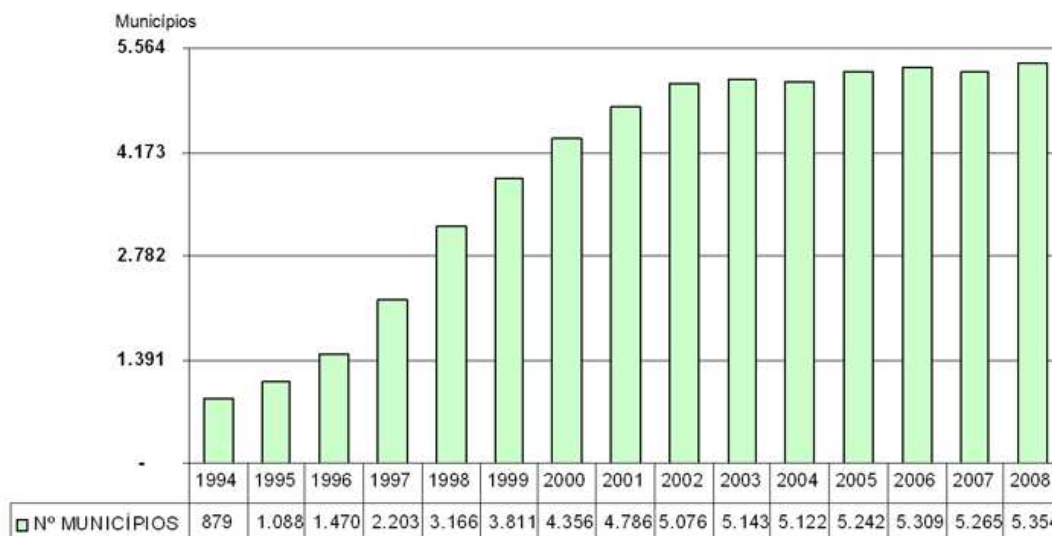
**Gráfico 5**  
**Evolução da População Coberta por Agentes Comunitários de Saúde Implantados**  
**BRASIL - 1994 - DEZEMBRO/2008**



FORNE: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica  
 SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Fonte: Ministério da Saúde – [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

**Gráfico 6**  
**Evolução do Número de Municípios com Agentes Comunitários de Saúde Implantados**  
**BRASIL - 1994 - DEZEMBRO/2008**



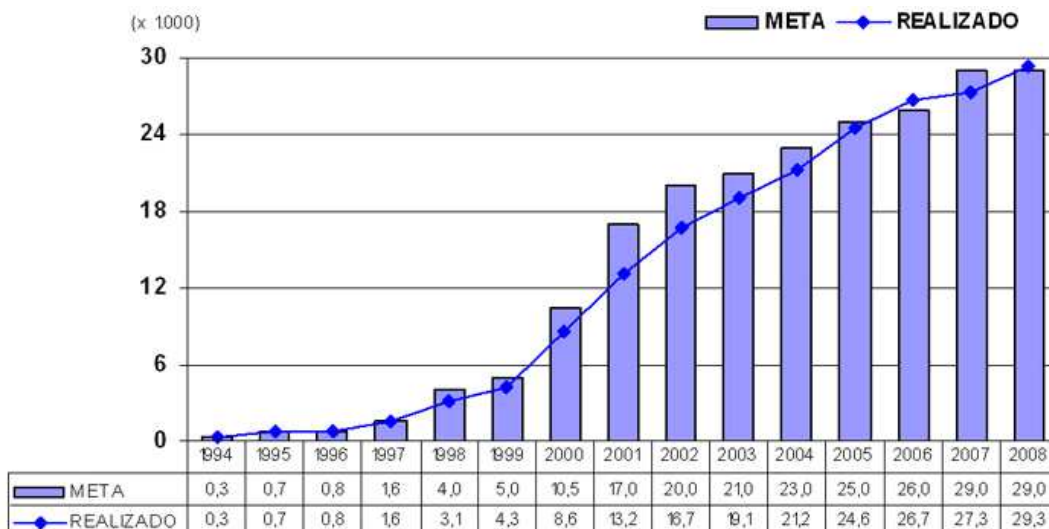
FORNE: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica  
 SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Fonte: Ministério da Saúde – [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

Os Agentes Comunitários de Saúde atuam hoje em 96,2% dos municípios brasileiros, cobrindo uma população de 113,7 milhões de pessoas.

Gráfico 7

**Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas  
BRASIL - 1994 – DEZEMBRO/2008**

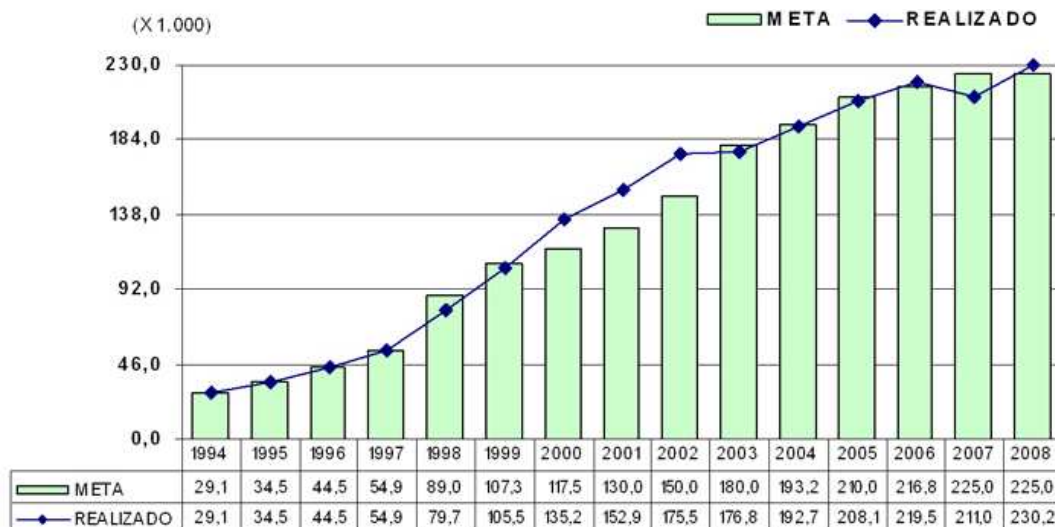


FORNTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

**Fonte: Ministério da Saúde – [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)**

O crescimento no número de Equipes de Saúde da Família implantadas é significativo. Apenas nos últimos oito anos foram introduzidas 20.700 equipes, um crescimento de 340%. As atuais 29,3 mil equipes atendem a uma população de 93,2 milhões de pessoas, o que corresponde em média a 3.180 pessoas atendidas por equipe. Nas equipes que atendem a populações que vivem na zona rural, o número de famílias cadastradas e atendidas é bem menor do que nas demais equipes. Portanto a média calculada não serve como base para averiguarmos o cumprimento em todas as unidades da resolução que determina que se atenda, no máximo, 4 mil pessoas por ESF.

**Gráfico 8**  
**Meta e Evolução do Número de Agentes Comunitários de Saúde Implantados**  
**BRASIL - 1994 - DEZEMBRO/2008**

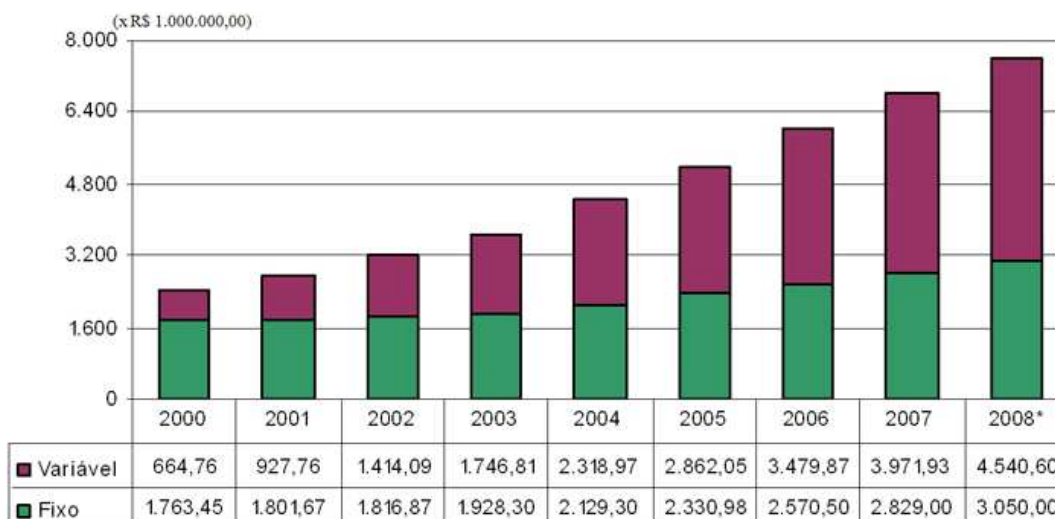


FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
 SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Fonte: Ministério da Saúde – [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

O crescimento exponencial do número de equipes implantadas foi acompanhado da inserção de agentes comunitários de saúde. Atualmente a rede básica conta com 230,2 mil ACS que ocupam aproximadamente 50% dos postos de trabalho nas USFs. Cobrindo uma população de 113,7 milhões de pessoas, respondem individualmente em média, por 494 pessoas. O total de pessoas atendidas pelo ACS no Saúde da Família, de acordo com o Ministério da Saúde, pode ser no máximo 750. Mas em virtude das diferenças regionais, no que diz respeito à dispersão geográfica, densidade populacional etc, e no que tange as dificuldades no acesso das pessoas as USFs e dos profissionais até as residências, esse número varia bastante. O que portanto não nos permite afirmar que o número de pessoas atendidas por cada ACS está abaixo do teto estabelecido. Porém, diferentemente do que ocorre com os demais profissionais de saúde, o número de ACS varia entre quatro e doze em cada equipe. Desse modo é possível adequar o número de agentes ao tamanho e as necessidades da população atendida.

**Gráfico 9**  
**Evolução dos Recursos Financeiros da Atenção Básica**  
**BRASIL - 2000 - DEZEMBRO/2008**



(\*) Orçamento

FONTE: Fundo Nacional de Saúde / SE / MS.

**Fonte: Ministério da Saúde – [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)**

O investimento federal nas ESFs, ESBs e PACS, nos últimos nove anos, passou de R\$ 664,76 milhões ao ano, para R\$ 4,54 bilhões, um aumento de 683%. Neste período a população coberta pelo PSF cresceu 314%, a cobertura das ESBs ampliou-se em 613 %, a quantidade de ESFs implantadas aumentou 222%, e o número de ACS em atividade foi ampliado em 170%. Percebemos que o aporte financeiro para os municípios que implantaram estes programas teve um crescimento maior do que a população coberta e o número de equipes implantadas. Isso se deve, provavelmente, a vinculação da parcela variável do PAB a cobertura dos programas nos municípios.

## 2. A NOVA QUESTÃO SOCIAL

Não desejamos aprofundar o debate sobre a existência ou não de um Estado de bem-estar social no Brasil. Temos em mente apenas que o modelo de seguridade social brasileiro, no qual esta incluído o sistema público de saúde, tem uma forte inspiração no paradigma de Welfare.

O Estado de bem-estar pode ser concebido como um regime econômico e político que permite a universalização de direitos sociais e de cidadania, sustentado nos ideais de justiça social e solidariedade. Economicamente, significa o abandono da ortodoxia da pura lógica de mercado em favor da extensão da segurança no emprego, da promoção da assistência e seguridade social. Politicamente, foi parte de um projeto de integração social nacional dentro dos preceitos da democracia liberal, capaz de fazer frente às ideologias totalitárias. (ESPING-ANDERSEN, 1995)

O Welfare State assim definido, tem uma correlação especial com o fordismo-keynesianismo<sup>4</sup>. Este último teve uma vida relativamente curta, os assim chamados “trinta anos gloriosos” correspondentes ao período do pós-guerra, perdurando até os meados da década de 1970. Estamos falando de um período de extraordinário crescimento econômico, favorecido em grande parte pelo esforço de reconstrução da economia européia e do Japão. Essa conjuntura, aliada a condição de quase-pleno-emprego decorrente deste influxo da produção, permitia o incremento das políticas sociais custeadas pelo Estado.

O modelo começa a sucumbir em meados da década de 1970. Mas desde a década de 1960 a economia mundial sofria uma desaceleração fruto de certo esgotamento do sistema fordista na sustentação de taxas de investimento crescentes que exigiam, por sua vez, ampliação da demanda efetiva. A queda da produtividade e da lucratividade passam a representar um grande problema em termos fiscais para o Estado.

A padronização de mercadorias, a homogeneização dos serviços e a rotina no trabalho desencadeiam revoltas como nos eventos de maio de 1968. Denuncia-se a despolitização da sociedade e a falta de envolvimento dos cidadãos. Nesse sentido há uma exigência de responsabilização dos atores sociais anestesiados pelas formas

---

<sup>4</sup> O fordismo enquanto racionalização da produção que pressupõe um mercado de consumo em massa, se associa com o keynesianismo enquanto política legitimadora do Estado que procura racionalizar a economia em seu conjunto e orientá-la no sentido do bem-estar geral.

burocráticas e impessoais de gestão do Estado social. Apregoa-se não tanto que Estado faça demais, mas principalmente que faz mal o que deve fazer. Trata-se de uma

recusa de uma parte importante da sociedade – da juventude sobretudo – em trocar as aspirações a um desenvolvimento pessoal pela segurança e conforto [...] Através do hedonismo e da celebração do instante [...], expressa-se também a recusa em entrar na lógica da satisfação diferida e da existência programada que implica o planejamento estatal da segurança: as proteções têm um preço; são pagas com a repressão dos desejos e com a aceitação do torpor de uma vida em que tudo está decidido antecipadamente. (CASTEL, 1998, p. 504)

Mas nem todos eram atingidos pelos benefícios do fordismo, havendo setores específicos da economia no qual os salários eram negociados segundo os padrões fordistas, e nações onde a demanda era acompanhada por investimentos crescentes na tecnologia de produção de massa. Os mercados de trabalho tendiam a se dividir entre setores “monopolista” e “competitivo”, este último muito mais diversificado e no qual o trabalho estava longe de ter direitos.

As desigualdades resultantes produziam sérias tensões sociais e fortes movimentos sociais por parte dos excluídos – movimentos que giravam em torno da maneira pela qual a raça, o gênero e a origem étnica costumavam determinar quem tinha ou não acesso ao emprego privilegiado. Essas dificuldades eram particularmente difíceis de manter diante do aumento das expectativas, alimentadas em parte por todos os artifícios aplicados à criação de necessidades e à produção de um novo tipo de sociedade de consumo. [...]Tratava-se de uma fórmula segura para produzir insatisfação.(HARVEY, 1999, p.132)

A questão social, tal como se manifesta hoje, é produto do enfraquecimento da própria condição salarial. Castel (1998) apresenta a sociedade salarial como inacabada e seus resultados como ambíguos e contraditórios. O caráter inacabado desta sociedade diz respeito à não conclusão da promessa de estabilidade, segurança no emprego e sobretudo contra o desemprego. A reversão da tendência de crescimento dos anos de pós-guerra deixou isso patente, com o endividamento e a precarização de uma classe trabalhadora antes seduzida pela idéia de progresso do qual, porém, não controlava nenhum dos parâmetros. Sem o saber, já estavam virtualmente vulneráveis.

Cocco (2000) ao contrário, aponta que esta sociedade atingindo sua definitiva maturidade, se esgota. Os ganhos de produtividade baseados na rigidez de economia de escala para produção em massa de produtos padronizados atingem seu limite. O acesso aos diferentes dispositivos de Welfare State hierarquizou-se em função da relação salarial. “Pertencer a ela era a condição sine qua non de ter direito aos direitos do Estado de Bem-Estar”. (COCCO, 2000, p.75)

O Estado social talvez esteja ainda mais profundamente desestabilizado pelo enfraquecimento do Estado-nação, de que é a emanção direta.

Dupla erosão das prerrogativas régias: para baixo, com o aumento de encargos dos poderes locais “descentralizados”; para cima, [...] com a mundialização da economia e a preponderância do capital financeiro internacional. [...] De fato, a política social de um Estado resulta de uma arbitragem difícil entre exigências de política interna (simplificando: manter a coesão social) e exigências de política externa: ser competitivo e “poderoso”. (CASTEL, 1998, p. 512)

Se a proposta das diferentes versões do socialismo é emancipar o trabalho de sua condição degradante e reificada, a social-democracia enquanto versão acabada do Estado social parecia promover a dignidade do trabalho, que continuava a ocupar um lugar central como base do reconhecimento social e como esteio (e referência) para as proteções contra a insegurança e o infortúnio.

Esse modo de domesticação do capitalismo tinha, assim, reestruturado as formas modernas da solidariedade e da troca em torno do trabalho, sob a garantia do Estado. Como fica essa montagem, se o trabalho perde a sua centralidade? (CASTEL, 1998, p. 513)

Para Esping-Andersen nenhum país fora do grupo central original tem algo que possa ser chamado de Welfare State no sentido clássico do termo. E hoje, mesmo esses países, condicionados pela integração econômica global e a consequente abertura de suas economias, tem autonomia restrita para planejar suas próprias políticas econômicas. Os governos tanto de esquerda como de direita foram compelidos a cortar gastos sociais. A economia norte-americana enfrenta o desafio da competição global



ampliando o emprego, mas à custa das desigualdades salariais e de rendas familiares e da elevação dos níveis de pobreza.

A Europa Ocidental, com seus sistemas de relações industriais muito mais abrangentes[...] tem promovido a igualdade e evitado o crescimento da pobreza, ao mesmo tempo em que passa por um crescimento dramático do desemprego de longa duração e pelo surgimento de um exército de dependentes do bem-estar social, combinação que ameaça criar uma crise severa no financiamento da seguridade social. (ESPING-ANDERSEN, 1995, p. 76)

Para Piola (2001), existem três tipos de Estado de bem-estar: total, residual e compromissário. O primeiro, naturalmente, tem seu paradigma nos países do norte da Europa, onde o Estado provê, praticamente, todas as necessidades essenciais no campo social. No segundo – residual -, a participação do Estado é marginal e focalizada nas camadas mais desfavorecidas. É o modelo que vigora nos Estados Unidos. Por último, o Estado de bem-estar compromissário, desenvolvido principalmente no sul da Europa, é um modelo ancorado no compromisso entre o Estado e o mercado, mas com participação predominantemente pública. O setor privado opera para o setor público por meio de contratos. Essa forma tem sido amplamente utilizada no setor da saúde.

Existe uma disjunção crescente entre os esquemas de seguridade social existentes e as novas necessidades e riscos que se desenvolveram.

O ponto de referência para os ideais de universalismo e igualdade do welfare state estava na existência de uma classe operária industrial relativamente homogênea. A diferenciação das ocupações e do ciclo de vida que caracterizava a sociedade pós-industrial implica necessidades e expectativas mais heterogêneas. A grande incerteza profissional, as demandas por maior flexibilidade, as mudanças nos arranjos familiares e no emprego feminino fazem com que os cidadãos enfrentem riscos também mais diversificados.(ESPING-ANDERSEN, 1995, p.82)

A crise é agravada pelo envelhecimento da população e pelas baixas taxas de fertilidade que geram taxas de dependência onerosa e ameaçam a viabilidade futura dos compromissos assumidos atualmente. As pesadas contribuições sociais associadas aos

programas de preservação da renda real estimulam o emprego informal ou precário que, por sua vez, erode ainda mais a base tributária.

O “Estado-providência”, ao mesmo tempo em que decorre dos compromissos de classe, produz poderosos efeitos de individualismo.

As proteções sociais foram inseridas [...] nas falhas da sociabilidade primária e nas lacunas da proteção próxima. Respondiam aos riscos existentes para um indivíduo numa sociedade em que o desenvolvimento da industrialização e da urbanização fragilizava as solidariedades de proximidade.[...] Estabelecendo regulações gerais e fundando direitos objetivos, o Estado social também aprofunda ainda à distância em relação aos grupos de pertencimento. (CASTEL, 1998, p.507-508)

A vulnerabilidade do indivíduo afastada (superficialmente) pelo Estado-Nação é reconduzida ao um outro plano . O Estado ao se tornar o principal suporte e a principal proteção das pessoas, numa relação que une os indivíduos a um coletivo abstrato, dissolve juntamente com as solidariedades concretas, os grandes atores coletivos cujo antagonismo cimentava a unidade da sociedade. “Em tal contexto, o corporativismo ameaça substituir o interesse geral: defesa e ilustração de um estrato salarial que se diferencia dos estratos inferiores e aspira às prerrogativas dos estratos superiores”. (CASTEL, 1998, p. 508) Há uma contradição entre o desenvolvimento do individualismo, que caracteriza a sociedade salarial, e a imposição de formas de socialização da renda e de coerções administrativas indispensáveis ao funcionamento do Estado social. Este antagonismo pôde se desarmado enquanto o custo da solidariedade obrigatória não foi pesado demais e as coerções foram compensadas por benefícios substanciais.

Porém, sob a dupla coerção do desemprego e do desequilíbrio demográfico, o sistema de proteções sociais acha-se pressionado por dificuldades. Dá-se a passagem de um sistema de seguros em que os ativos pagavam sobretudo para os ativos para um sistema de solidariedade nacional em que os ativos deveriam pagar sobretudo para inativos cada vez mais numerosos.(CASTEL, 1998, p.509)

A crise do Estado de Bem-Estar Social tem contribuído para a redescoberta da família na efetivação das políticas sociais. No caso específico da saúde, a família

representaria a unidade básica de atenção à saúde, seria o primeiro nível de atenção à saúde. Coesão e solidez dos laços familiares podem reduzir a percepção da gravidade dos eventos mórbidos. A hipótese neste caso é de que a morbidade e a mortalidade são significativamente mais elevadas entre pessoas com escassas relações sociais. (SERAPIONE, 2008)

Historicamente, o aumento de serviços ofertados pelo Estado corresponde a uma contração das funções familiares, ou seja, quanto mais funções são concentradas nas famílias, tanto menos relevante é o papel das agências de serviços extrafamiliares e vice-versa. Mas apesar das mudanças ocorridas na estrutura da família e nas relações comunitárias, o campo das redes sociais e da solidariedade primária (relações de parentesco, de amigos, e de vizinhos) persiste e continua tendo uma significativa relevância para os sujeitos. Da mesma forma, tem aumentado também as tradicionais funções assistenciais exercidas pela família, entre elas as de proteção, de ajuda e de cuidado das pessoas dependentes por motivos de saúde ou de idade.

A valorização das redes sociais e da família é quase contemporânea ao surgimento da crise econômica e fiscal dos Welfare States. O reconhecimento da importância destes segmentos pode ser entendido como uma resposta à crise do Estado de Bem-Estar que reprivatiza os serviços e modalidades de satisfação das necessidades, ao mesmo tempo em que redimensiona o empenho do Estado no provimento dos serviços sociais. Mas também pode ser entendida como uma resposta às novas necessidades e demandas relacionadas mais à qualidade de vida, que à segurança material. Nesse sentido, a valorização do cuidado informal e de redes sociais poderia representar uma maior preocupação do Estado com os aspectos relacionais, de humanização e de personalização das intervenções sociais.

Mas as atenções atualmente prestadas à família brasileira seriam práticas conservadoras e pouco eficientes, porque estão presas a uma cultura tutelar de relação com as classes populares, que não aceita a autonomia da família por não confiar em sua capacidade. Um exemplo é a enorme resistência a programas de complementação da renda familiar que resulta em aumentos de custos dos programas, em expansão exagerada da burocracia gestora e em perda de qualidade. (SERAPIONE, 2008) Outra crítica se refere à persistente fragmentação e individualização das políticas sociais dirigidas às famílias que provocam duplicidade ou descontinuidade no atendimento. Assim a grande maioria das políticas sociais se dirige ao atendimento individualizado

das pessoas – a criança, a mulher, o idoso, o trabalhador - desconsiderando o universo familiar e comunitário em que vivem.

Verificamos também a gradativa transição das políticas públicas implementadas em nome da integração para as regidas em nome da inserção. As políticas de integração buscam grandes equilíbrios através da homogeneização da sociedade a partir do centro. São universalizadas no que tange ao acesso aos direitos e redistributivas no que concerne à redução das desigualdades sociais. As políticas de inserção obedecem a uma lógica de “discriminação positiva”, ou seja, definem com precisão a clientela e as zonas singulares do espaço social e desenvolvem estratégias específicas para elas. (CASTEL, 1998) Estas últimas buscam atingir pessoas ou grupos que sofrem de um “déficit de integração”, como os moradores de bairros periféricos, as famílias mal socializadas ou de baixa renda etc. É o caso do Programa de Saúde da Família, estratégia com que ainda focaliza populações mais carentes e grupos de risco. E também de outros programas como o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, Bolsa Família, entre outros.

Portanto, a distinção entre Seguridade social e ajuda social, entendidas como complementares, se embaralhou.

A multiplicação dos públicos-alvo e das políticas específicas faz duvidar da capacidade do Estado para conduzir políticas de integração com vocação universal e homogeneizadora. Entretanto, todas essas populações que dependem de regimes especiais caracterizam-se por uma incapacidade para acompanhar a dinâmica da sociedade salarial, seja porque são afetadas por alguma desvantagem, seja porque dispõem de muito poucos recursos para se adaptarem ao ritmo do progresso. (CASTEL, 1998, p.541)

Para este autor as políticas de inserção vão precisar inventar novas tecnologias de intervenção que estão aquém das políticas universalistas, mas que também são distintas das ações particularistas com objetivo reparador, corretivo e assistencial da ajuda social clássica.

Para Marshall, o aumento das rendas nominais desigualmente distribuído (diminuindo a distância entre as classes), um sistema de impostos progressivo e a produção industrial de massa,

capacitaram os menos favorecidos a gozar de uma civilização material que diferia de modo menos acentuado em qualidade daquela dos abastados do que

em qualquer outra época. Os componentes de uma vida civilizada e culta, originalmente o monopólio de poucos, foram, aos poucos, postos ao alcance de muitos. (MARSHALL, 1967, p. 88)

E o objetivo dos direitos sociais não era a mera tentativa de eliminar o ônus evidente que representa a pobreza, mas assumiu o aspecto de ação que modifica o padrão total da desigualdade. Porém, ele já apontava para o fato de que não se pode sustentar que os benefícios sejam sempre igualmente distribuídos em função da necessidade real, podendo a progressiva satisfação dos direitos sociais coletivos resultar na ampliação da desigualdade entre indivíduos. As diferenças intraclasses são ignoradas como irrelevantes, as diferenças interclasses recebem significado exagerado. “Assim, qualidades que estão, na realidade, alinhadas ao longo de uma escala contínua são utilizadas para a criação de uma hierarquia de grupos, cada qual com o seu status e caráter pessoal.” (MARSHALL, 1967, p.102) É a cidadania operando como um instrumento de estratificação social.

A integração tem relação direta com o status do indivíduo e, portanto, depende de como este participa da produção desta sociedade. Nesse sentido, o trabalho continua sendo uma referência importante não só economicamente, mas psicologicamente, culturalmente e simbolicamente. Porém, o que funda a dignidade social de um indivíduo não é necessariamente o emprego assalariado, nem mesmo o trabalho, mas sua utilidade social. Isso quer dizer que não é um subemprego, subqualificado e sub-remunerado, que permitirá o assento do indivíduo numa condição normal na sociedade. Ainda assim, o desemprego é seguramente o risco social mais grave, o que tem os efeitos desestabilizadores e dessocializantes mais desastrosos para os que o sofrem.

O Estado, a partir desta perspectiva, é ainda a instância através da qual uma comunidade moderna se representa e define suas escolhas fundamentais. Nesse sentido, tornou-se premente a participação da população na condução dos serviços públicos, e uma reforma da Seguridade Social que não apenas promova um custeio menos injusto dos programas sociais, como também que estes alcancem prioritariamente aqueles que mais necessitam.

## **2.1. O PSF NA PERSPECTIVA DAS AGENCIAS INTERNACIONAIS: DESENVOLVIMENTO DE CAPITAL SOCIAL, CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO POPULAR**

Para Portes (2000) o conceito de capital social tem sido aplicado na tentativa de ampliar a perspectiva econômica desde a qual procuram ser definidos os objetivos do desenvolvimento: crescimento sustentado, equidade social e cidadania. O fato fundamental que estaria por trás desta tentativa é o caráter contraditório das políticas neoliberais aplicadas nos países do terceiro mundo. Se avaliadas no enfoque estritamente econômico, observa-se uma baixa da inflação e um crescimento sustentado em alguns países, mas em outros causaram crises monetárias, desvalorização e instabilidade política.

Evans (2003) critica o que ele chama de monocultura institucional - “a imposição de instituições anglo-americanas cuja aplicabilidade presumidamente transcende culturas e circunstâncias nacionais”. Essa ingerência na maioria das arenas da vida pública dos países subdesenvolvidos, especialmente naquelas ocupadas com a prestação de serviços públicos, propõe que a resposta ao mau governo é menos governo. Para o autor, ao contrário, a solução está na democracia deliberativa enquanto estratégia de desenvolvimento. Ou seja, em políticas que tem como pressupostos a mobilização social, o controle e a participação da sociedade, e a superação de assimetrias de poder. Porém, o desenvolvimento deliberativo só tem alguma chance de êxito quando emerge da dinâmica de políticas locais. Não pode, portanto, incorrer no erro de tentar reproduzir experiências deliberativas que tiveram sucesso.

Mas no que se refere à saúde, isso pode ter acontecido. No caso o Banco Mundial propôs em 1993 um enfoque triplo para a direção das políticas oficiais: fomentar um entorno que permita às famílias melhorar sua saúde; aprimorar a eficiência do gasto público em saúde; promover a diversidade e a competição. Seus objetivos eram: expandir a cobertura e aumentar o grau de equidade (em particular nos grupos de menor renda); garantir a qualidade dos serviços e satisfação dos usuários, mediante o monitoramento do desempenho, criação de mecanismos de defesa dos usuários etc; viabilidade fiscal e financeira do sistema de saúde; estabelecimento de novos papéis para o setor público – contratando a provisão de serviços assistências e concentrando-se em políticas públicas de promoção e proteção da saúde. “Ao garantir a vigilância sanitária e epidemiológica, as funções típicas do Estado passam a ser: financiamento,

regulação e disseminação de informações, esta última visando reduzir a assimetria entre prestadores e usuários.” (PIOLA, 2001, p.19)

Já na década de 1990 os Ministérios da Saúde da América do Sul receberam apoio financeiro de agências internacionais para que começassem a capacitar e utilizar os agentes comunitários. (Ferraz & Aertz, 2005) Um fator que teria contribuído para a inserção destes trabalhadores nos serviços de saúde, além dos que explicitamos acima, foi que médicos e enfermeiras não se dispunham a trabalhar em zonas rurais e periferias, sendo que um agente bem preparado poderia desenvolver cuidados básicos em saúde.

De acordo com a perspectiva das agências multilaterais de desenvolvimento e crédito, o entorno social, as redes sociais e o compromisso cívico, formam um conjunto de fatores-chave para a sustentabilidade de seus projetos. A partir desta ótica, os formuladores de políticas públicas têm a tarefa de explorar ao máximo a sociabilidade com um antídoto contra o individualismo, a ineficiência burocrática, a corrupção e os custos de transação. Como custos de transação, Higgins (2005) cita os adicionais de tempo, capital e esforços despendidos na resolução de conflitos. Por exemplo: as trocas mercantis são mediadas por instituições sociais, públicas e privadas. As disputas entre operários e patrões podem gerar conflitos que demandem a interlocução da burocracia estatal, o que custa tempo, recursos, greves etc.

O Banco Mundial formou uma equipe encarregada de incentivar e financiar políticas públicas nos países clientes com base no desenvolvimento do capital social. Seus objetivos gerais eram: avaliar o impacto de iniciativas que fortalecem o capital social dentro de projetos específicos; demonstrar que a assistência externa pode ajudar nos processos de formação de capital social. Seus objetivos específicos, entre outros: compreender a natureza das instituições nos países clientes e o papel que estas desempenham no desenvolvimento social e econômico; trabalhar com o capital social existente, em especial associações e organizações comunitárias; melhorar o entorno institucional para o desenvolvimento; incentivar a interação entre sociedade civil e governos, potencializando as liberdades civis e os mecanismos de transparência governamental.

Deste modo o Banco testava duas hipóteses: a presença de capital social melhora os projetos de desenvolvimento; através de intervenções seletivas de apoio é possível estimular a acumulação de capital social. Portanto o capital social foi incorporado como mais um fator de produção. Mas corre-se o risco de a própria denominação capital

social reduzir as relações sociais à lógica custo/benefício das relações de mercado. E de o conceito de capital social promover políticas de desenvolvimento que relegam as instituições estatais a um segundo plano, ao dar maior ênfase às capacidades de autogestão das organizações sociais.

A sociologia norte-americana vem utilizando amplamente o conceito para demonstrar como as redes sociais informais são importantes na construção de relações sociais nas quais os interesses individuais e coletivos se imbricam e na consolidação de relações de confiança entre sociedade e Estado.(LIMA, 2001) As relações de sinergia podem ser distinguidas entre as ações complementares entre governo e cidadãos, e as de laços que cruzam a fronteira entre o público e o privado (embeddedness).

A complementaridade é a forma convencional de entender as relações de apoio entre atores públicos e privados que parte da idéia de uma clara divisão do trabalho, baseada num forte contraste entre instituições públicas e privadas. A compreensão da sinergia, como compromisso, é bem mais recente. Trata-se de laços que conectam os cidadãos com os funcionários públicos. Com estes laços mais estreitos com as comunidades com que trabalham, consegue-se criar uma forma *sui generis* de capital social que não é predicado da sociedade civil, mas um forte esquema de relações que ativa a linha divisória entre o público e o privado.

Esta concepção de Peter Evans destoa do pensamento “tradicionalista” de Putnam – para quem o capital social acumulado ao longo de séculos foi o ingrediente fundamental para criar o “círculo virtuoso” no qual o compromisso cívico nutre o bom governo, e o bom governo fortalece o compromisso cívico. Evans levanta a questão de saber se na maior parte do Terceiro Mundo o capital social é um insumo escasso como para excluir a possibilidade da sinergia ou se as normas e as redes que caracterizam estas sociedades constituem o solo fértil para a construção de projetos de desenvolvimento baseados no compromisso entre os atores públicos e privados. Ele responde que os limites parecem ser traçados menos pela densidade inicial da confiança e mais pelas dificuldades envolvidas no levantamento de escala desde o nível micro para gerar solidariedade e ação social numa escala política e economicamente eficaz. “Nesta perspectiva, a chave da simetria consiste em vincular os laços sociais e sua força de arranque nas lealdades locais através de formas organizativas duradouras.” (HIGGINS, 2005, p.199) Desse modo é realçada a importância do micronível de capital social (e a criação de vínculos interpessoais) na construção da sinergia. Trata-se de um



recurso que está, ao menos de forma latente, disponível para a maioria das comunidades do Terceiro Mundo.

Para que o estoque de capital social seja ativado, é preciso que exista um conjunto de instituições comprometidas. Esta análise institucional pode ser feita a partir de dois eixos: um está centrado na importância das burocracias em sentido weberiano, isto é, corporativamente coerentes de tal forma que assegurem a não-proliferação do clientelismo; outro está centrado na importância da descentralização e na abertura das hierarquias burocráticas às iniciativas que partem de baixo. (EVANS, 2003) A concorrência política – entre campos político-ideológicos no seio da sociedade civil - é fundamental na construção e sustentação de organizações compactas em setores tradicionalmente marginalizados. Isto é, o capital social comunitário não é contraditório com a organização política. Esta concorrência é útil pois esta cria um clima no qual a opinião dos cidadãos conta.

A idéia de capital social implícita no Programa de Saúde da Família é condizente com estas teorias. É nesse sentido que os profissionais que atuam no PSF buscam criar vínculos de confiança, respeito e solidariedade com a comunidade atendida. O acolhimento e a escuta qualificada, a abordagem em saúde com a família, as atividades em grupo, o conhecimento dos problemas da população adstrita, a participação em reuniões comunitárias, são algumas das estratégias adotadas com o objetivo de atrair as pessoas da comunidade para o debate sobre os serviços de saúde.

Esta investida ocorre em três frentes: criando vínculos pessoais de compromisso e confiança entre funcionários públicos e a população; permitindo que os usuários exerçam um controle social sobre o funcionamento dos serviços de saúde; “empoderando” os membros da comunidade, pré-requisito para o exercício do efetivo controle social e um incentivo para a sua auto-organização. Estamos falando de um “círculo virtuoso”, no qual o trabalho do agente comunitário, recrutado na própria comunidade, é um elo entre as pessoas atendidas e o poder público. Esta relação permite não apenas uma transmissão/tradução de conhecimentos biomédicos, mas também da conscientização sobre o funcionamento dos serviços públicos, sobre direitos sociais e de cidadania. A fiscalização do trabalho realizado – sobretudo dos ACSs que residem na comunidade – e a participação popular em conselhos municipais e outras instâncias deliberativas pode resultar em significativas melhorias na abrangência e no atendimento prestado pelos serviços públicos.

O êxito desta experiência participativa também está relacionado à capacidade dos atores sociais transferirem práticas e informações do nível social para o nível administrativo. Essa condição - na qual as necessidades e opiniões dos usuários são respeitadas - tende a favorecer e aumentar o engajamento da comunidade no planejamento, condução e fiscalização das instituições públicas.

Porém, a proximidade do governo local com os cidadãos pode não ser suficiente para garantir maior democracia e participação, nem maior eficiência administrativa. As competências e responsabilidades nas três esferas de governo, quando não estão definidas com clareza, não permitem a autonomia decisória dos municípios. A participação popular no poder local é freqüentemente contrastada com um sistema representativo permeado pelo patrimonialismo e pela privatização da política. Mas “a valorização da participação nas análises sobre o poder local deixou de lado seus principais protagonistas: o mandonismo e o clientelismo que passam a conviver com os procedimentos universais característicos de políticas públicas participativas.” (KERBAUY, 2007)

Do que foi colocado acima, depreende-se que o empoderamento dos cidadãos e a reciprocidade entre representação e participação, são fatores determinantes do sucesso de novas políticas focadas no desenvolvimento de capital social. Sobretudo porque uma gestão mais eficiente significa não apenas utilizar novos métodos para conquistar a adesão da população – reconhecendo as demandas individuais através de uma cidadania reflexiva e crítica que respeite o princípio da equidade -, mas principalmente permitir que os atores sociais atuem de modo autônomo. Em síntese o empoderamento é

“um processo intencional e contínuo, centrado na comunidade local, envolvendo o respeito mútuo, a reflexão crítica, a atenção e a participação, por meio do qual as pessoas a que falta um acesso a uma fatia igual dos recursos obtêm maior acesso e controle sobre tais recursos [...] é um construto que liga forças e competências individuais, sistemas naturais de ajuda e comportamentos proativos com políticas e mudanças sociais. Trata-se, aqui, da constituição de comunidades responsáveis, mediante um processo no qual os indivíduos que as compõem obtêm controle sobre suas vidas, participam democraticamente no cotidiano de diferentes arranjos coletivos e compreendem criticamente seu ambiente.” (HOROCHOVSKI, 2006, p.4)

O capital social se vincula ao sentido de comunidade a partir de laços estabelecidos entre seus membros que são caracterizados por um conhecimento comum e sentimento de participação. Bordieu e Coleman trabalharam o conceito enquanto o acesso a redes sociais marcadas pela existência de normas de confiança entre seus

membros, acesso esse que pressupõe a obediência às normas, mas que também assegura o usufruto de vantagens. Algumas comunidades de imigrantes ou certos ramos de negócios familiares são exemplos característicos. Mas capital social pode significar também a adoção de normas e sanções pelas quais a comunidade pode ser beneficiada, inibindo crimes e comportamentos considerados nocivos e estimulando o desenvolvimento de movimentos sociais (pela utilização ou abandono das normas) e outras formas associativas. (LIMA & MOURA, 2005)

No que diz respeito ao Brasil, existe um certo ceticismo quanto ao peso efetivo da comunidade e das possibilidades de mobilização de capital social, considerando a falta de tradição comunitária e associativa. Mas Avritzer (1997) fala de uma mudança no padrão histórico do associativismo civil, destacando a ruptura com o padrão homogeneizador da ação coletiva e o aumento no ritmo, no número e nos tipos de associação existentes. No entanto, a mudança significativa na forma de ocupação do espaço público e na própria cultura associativa não implica a incorporação deste novo padrão pela sociedade política. Deste modo

os membros das associações civis estão mais próximos da opinião pública e participam ativamente de formas de controle da sociedade política, seja através de campanhas, seja através de mecanismos de monitoramento [...] o problema com estes mecanismos é que sua legitimidade é gerada pela sua proximidade com as crenças e valores da opinião pública mas não podem se tornar permanentes em virtude da falta de uma forma pública de institucionalização deste tipo de ação. (AVRITZER, 1997, p.169)

A idéia presente aqui é de que a sociedade civil precisa ter autonomia e exercer um controle sobre as instituições políticas, mas que para tanto é preciso garantir que as associações que desempenham um papel público tenham status público. Ao mesmo tempo, é preciso evitar que certos grupos dominem os espaços públicos de participação. Discutiremos estas questões no próximo capítulo, mas podemos adiantar que o trabalho realizado pelo PSF recai sobre atividades educativas e criação de vínculos de confiança e respeito entre o usuário – individualmente colocado – e os profissionais de saúde. O trabalho com a comunidade (e mesmo com a família) é pouco explorado, apesar de merecer destaque do Ministério da Saúde e ser uma das ações prioritárias do Programa. E uma das conseqüências observadas é a ausência de participação popular na fiscalização e condução do trabalho realizado nas unidades de saúde da família.

## 2.2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UNIVERSALIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO

Antes de 1988, a assistência em saúde no Brasil era a contraprestação do Estado aos trabalhadores que contribuíam para o sistema de previdência social. (CARVALHO & SANTOS, 1995) Portanto apenas os assalariados com registro em carteira tinham direito a assistência em saúde assegurada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Sendo que um grande número de municípios não possuíam sequer uma rede de serviços de saúde, o que obrigou o Ministério da Saúde a implantar os planos de extensão de cobertura e de ampliação da Atenção Básica em Saúde que já mencionamos.

Da década de 70 até o início dos anos 80, o modelo de atendimento predominante era puramente assistencial e centrado no atendimento médico e na oferta de especialidades clínicas. A política de saúde brasileira se encontrava centralizada e era voltada para a expansão dos serviços médicos privados. O Estado era o financiador deste modelo e o setor privado o seu prestador.

Piola (2001) distingue dois modelos de financiamento dos serviços de saúde: o modelo contributivo ou germânico, ancorado no financiamento por cotização de trabalhadores e empresários, e o modelo assistencial ou anglo-saxão, financiado por impostos gerais.

Na América Latina [...], diversos países optaram pela combinação desses dois modelos clássicos. Assim, paralelamente a um sistema de seguridade social de cobertura restrita ao setor formal da economia, agregaram, em geral por meio dos respectivos Ministérios da Saúde, redes públicas [...] com o propósito de cobrir o restante da população. O resultado, na maioria dos casos, tem sido a configuração de modelos desiguais e segmentados, nos quais as prestações da previdência social são muito superiores àquelas proporcionadas pelos Ministérios de Saúde Pública. (PIOLA, 2001, p.14)

Com o término do período de expansão econômica e a crise econômico financeira da Previdência Social, houve um questionamento das políticas sociais brasileiras, inclusive da saúde. Esse questionamento se baseou na crítica ao desenvolvimento da medicina previdenciária, realizada pelo INAMPS que, além de enfatizar ações curativas em detrimento da prevenção, reforçava um modelo assistencial de ações desordenadas de saúde. No contexto da redemocratização, nos anos 80, essas críticas e o debate a respeito da democratização do acesso aos serviços de saúde se intensificaram, inserindo os temas da descentralização e da universalização da assistência na agenda governamental.

Em 1987 é criado o Sistema Unificado e descentralizado de Saúde (SUDS), desconcentrando recursos, delegando atividades administrativas e transferindo serviços.

Com o SUDS a parcela de recursos do INAMPS à disposição das esferas locais aumentou consideravelmente. Este sistema buscou a valorização do setor público na execução da política de saúde, a participação dos profissionais de saúde e da população na gestão e controle orçamentário. (AGUIAR, 2008, p.38)

É com a promulgação da Constituição Federal de 1988 que a saúde passa a configurar subsistema do sistema de seguridade social. As ações e serviços públicos de saúde passaram a constituir o Sistema Único de Saúde (SUS), com financiamento público, direção única em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal) e participação da comunidade na condução e controle do sistema. Cabe ressaltar que o SUS rompe com o sistema dualizado existente até então, que desvinculava as atividades preventivas e de promoção da saúde, da assistência propriamente dita. Ao Ministério da Saúde competia apenas executar ações de vigilância em saúde, por meio de inúmeras atividades fragmentadas e descontínuas. O SUS nesse sentido, pode ser entendido como uma reivindicação histórica e uma conquista dos profissionais de saúde e do movimento sanitarista. A saúde passa a ser conceituada como um direito público subjetivo, é direito de todos e dever do Estado. Pela primeira vez verificamos a universalidade da cobertura.

Entre os pontos básicos do SUS figuram: caráter descentralizado da gestão administrativa; a integração da rede pública de serviços num sistema único; o financiamento pelo orçamento da seguridade social assim como por outros orçamentos nas três esferas de governo; a participação da iniciativa privada em caráter complementar; a saúde como resultante de políticas sociais e econômicas e de fatores que determinam e condicionam o estado de bem-estar físico, mental e social (alimentação, moradia, saneamento básico, meio-ambiente, transporte, trabalho, renda e lazer). Além desse tratamento legislativo específico, a Saúde ficou numa posição relevante, decorrente da prevalência concedida no texto da Carta Magna, à ordem social em relação à ordem econômica. (CARVALHO & SANTOS, 1995)

A descentralização parte do pressuposto de que os governos locais e regionais teriam maior flexibilidade de adaptação aos fluxos globais. Também por estarem mais

próximas dos cidadãos, essas instâncias possibilitariam a população um maior controle das políticas estatais e do uso das verbas públicas.

O local tornar-se-ia o espaço por excelência da democracia e da participação. Embora seja, igualmente, o nível mais corrupto da administração pela força das redes pessoais, possibilitaria um maior controle social representado pela maior proximidade entre governo e cidadãos. Nesse contexto, a esfera municipal assumiria nova dimensão em uma relação com os cidadãos, com o surgimento de novos atores sociais e novas relações sociais decorrentes da mudança de qualidade da participação política, tornando-se necessário o estabelecimento de novos espaços de poder local, através de conselhos com a participação de representantes da comunidade que decidiriam sobre a prioridade de investimentos e seu controle. (LIMA & MOURA, 2005, p.4)

O município seria o espaço central na busca de soluções dos problemas dos cidadãos e patrocinador de uma maior interação entre Estado e sociedade. A descentralização possibilitaria a substituição do Estado pela sociedade em diversas situações, sendo que aquele assumiria o papel de interventor e negociador em situações que demandem uma atuação mais efetiva. Ele passaria a ter um papel coordenador nos vários níveis de governo articulado a organizações da sociedade civil. “A reforma pressuporia, igualmente, a modernização tecnológica e transparência administrativa com o fim do funcionalismo público tal como se apresenta na atualidade e sua transformação em agentes de administração.” (LIMA & MOURA, 2005, p.4)

A gestão hierarquizada dos serviços de saúde que vigorou até o início da década de 80, inspirada no modelo burocrático weberiano, buscando garantir a uniformização de procedimentos de corte democrático, promoveu na verdade o distanciamento entre usuários e serviços públicos e padronização de respostas. Este modelo que era inspirado no Estado de bem-estar, também não conseguiu impedir que expressivos contingentes da população ficassem à margem dos programas sociais. A percepção deste quadro ampliou os debates sobre a reforma da ação do Estado englobando na sua agenda a democratização dos processos decisórios e a equidade dos resultados das políticas sociais.

A flexibilização dos serviços públicos tem duas dimensões: uma institucional, consubstanciada na descentralização das responsabilidades administrativas; e outra operacional, manifestada tanto na terceirização de procedimentos e contratos de trabalho, quanto na gestão de recursos humanos que enfatiza a qualificação permanente, a polivalência funcional e a posse de competências “transversais” (aptidão para a comunicação e para trabalhar em equipe)

Esta reforma do setor público está em consonância com as orientações das agências internacionais de desenvolvimento, obedecendo à lógica de ampliação da eficiência e qualidade dos serviços prestados. “O controle dos gastos públicos passa a ser prioritário frente aos investimentos, limitando a intervenção estatal na economia e imprimindo novo formato as políticas públicas.” (LIMA & MOURA, 2005, p.3)

A ofensiva neoliberal a partir dos anos 80, e no Brasil sobretudo na década 90, adota um plano de reformas que trabalhou “em prol de uma redução do tamanho do Estado, mediante políticas de privatizações, terceirização e parceria público privada, tendo como objetivo alcançar um Estado mais ágil, menor e mais barato”. (NOGUEIRA, 2005, p. 41) Estas reformas promovem a co-responsabilização das diversas instâncias governamentais e da sociedade através da participação dos grupos sociais organizados na definição, implementação e fiscalização das políticas públicas. Mas esta política, que também contempla a flexibilização de normas e procedimentos típicos do serviço público, deixa de ser encampada exclusivamente por partidos e intelectuais de ideologia liberal – com a possível exceção das privatizações.

Sob o impacto da crise fiscal, passam a ter maior relevância às preocupações com a eficiência, a eficácia e a efetividade da ação estatal, assim como com a qualidade dos serviços. Desse modo, no início da década de 90 procurou-se integrar as duas agendas, democrática e neoliberal, buscando novas formas de articulação do Estado com a sociedade civil e o mercado visando garantir a provisão dos serviços públicos, ampliar a participação e democratizar o acesso. (FARAH, 2000)

As leis orgânicas da saúde (nº 8080/90 e nº 8.142/90) promulgadas neste período estabelecem que a saúde é direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis a seu pleno exercício. Dentre os princípios e diretrizes do Sistema de Saúde, destacamos ainda: a integralidade como uma atenção individualizada, ou seja, para cada caso, segundo as suas exigências; a preservação da autonomia do indivíduo na defesa de sua integridade física e moral; a igualdade da assistência que pressupõe equidade no atendimento; regionalização e hierarquização.

O setor da saúde no Brasil tem passado por um processo de reestruturação desde a implantação do SUS. No curso dos anos 90, suas políticas de gestão dos recursos humanos promoveram o dissenso entre gestores, formuladores de políticas e trabalhadores. Assim como grande parte dos países do mundo, o Brasil tem vivido uma crise em seus sistemas de saúde, marcada pela ineficiência, inequidades e insatisfação da população. Estes problemas seriam oriundos da falta de correlação entre a

implementação de gastos e níveis de saúde. Deste modo, em termos gerais, quem mais precisa é quem teria menos acesso aos serviços.

A organização do atendimento no Brasil constituiu sistemas públicos administradores de contratos. O setor público constitui a principal fonte de financiamento, mas deixa, progressivamente, a condição de prestador direto e passa a contratar serviços com entidades autônomas públicas e privadas. O setor privado, porém, tende a se tornar majoritário no financiamento. Depois da unificação do setor público de saúde tradicional com a assistência médica da Previdência Social, é crescente a participação do seguro privado, configurando, assim, outra forma de segmentação diferente da que caracterizava o modelo anterior. (PIOLA, 2001)

Em estudo realizado por Gilson Carvalho, publicado na Folha de São Paulo em abril de 2008, a participação do SUS no financiamento da saúde caiu de 61,6 % em 1995, para 49% em 2007. Pela primeira vez o setor privado, no qual estão os planos de saúde, superou o poder público em volume de recursos. Essa menor participação confirmaria que a saúde pública vai mal porque simplesmente falta dinheiro. A discrepância é maior se pensarmos que os planos privados têm pouco mais de 39 milhões de clientes, contra os 140 milhões de brasileiros que dependem exclusivamente do SUS. Em termos absolutos, as verbas para a saúde pública têm aumentado. Comparando os anos de 1995 e 2004, o gasto per capita passou de 293 para 590 dólares internacionais. Mas este aumento talvez nem tenha conseguido acompanhar a inflação da saúde. E no mais, a mudança no perfil demográfico da sociedade brasileira, com a elevação na proporção de idosos – que demandam mais tratamentos –, aumentou também os custos para os cofres públicos. (WESTIN, 2008)

Uma outra visão é a de que a crise não é resultado dos escassos recursos destinados à saúde, na medida em que essa crise existe em países que gastam mais em saúde do que o Brasil. O problema seria a irracionalidade técnica, a ineficiência na alocação de recursos e na produção de serviços. Assim, a resposta estaria na contenção de custos e a distribuição de recursos que busque maximizar os ganhos para a sociedade, com medidas como: focalização, pacotes básicos de serviços, controle de incorporação de equipamentos biomédicos, mudanças nas formas de pagamento aos prestadores de serviço, organização da oferta por meio de parceria público/privada.

Uma terceira corrente teórica, mesmo acreditando que estas medidas são necessárias, defende a tese de que a saúde passa por uma crise estrutural, provocada pelo esgotamento do modelo médico hegemônico. Para que o SUS se afirme como



espaço de saúde, seriam necessárias mudanças na própria concepção do processo saúde-doença, no paradigma sanitário e na prática sanitária, a “vigilância da saúde”.

As políticas de recursos humanos na saúde enfrentam hoje grande instabilidade decorrente de confrontos de valores à cerca dos rumos a tomar diante das transformações recentes na esfera da gestão do trabalho do SUS, que já se encontra de certa forma flexibilizado. Existe atualmente uma grande diversidade de modalidades de vínculos no setor: regime estatutário, regime celetista, contratos temporários de trabalho, comissionamento, credenciamento tradicional de médicos (com abonos e incentivos), terceirização dos serviços de apoio e de atividades típicas da saúde, triangulação na contratação de profissionais (através de universidades, instituições filantrópicas ou lucrativas, associações comunitárias etc.).

Adicionalmente, vale ressaltar que a multiplicidade das modalidades de contratação não são inovações na área de gestão do trabalho em saúde. Desde o início da implementação do SUS, sua materialização dependeu das condições objetivas existentes em cada realidade local e de como cada esfera de gestão do sistema, respondeu aos problemas de fusão de quadros de funcionários, culturas organizacionais distintas, remuneração e regimes de trabalho diferentes para trabalhadores, exercendo uma mesma função, e a existência de normas e regulamentos específicos para servidores federais, estaduais e municipais. O fato realmente novo é a proliferação crescente, nos últimos anos, de uma multiplicidade de modalidades de inserção e gestão dos profissionais e a identificação dessas enquanto eixos centrais da política estrutural para o setor saúde. (TEIXEIRA, 1999, p.50)

### **2.3. FLEXIBILIZAÇÃO E PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO**

A palavra de ordem hoje é a flexibilidade, fórmula com a qual se pretende negar as formas rígidas da burocracia e os males da rotina cega. Exige-se do trabalhador que ele seja ágil, que se adapte com facilidade a novidades e mudanças a curto prazo, que assuma riscos continuamente, que dependa cada vez menos de leis e procedimentos formais. (SENNETT, 2001) Este autor está empenhado sobretudo na denuncia que o novo capitalismo impõe novos controles e que a aparente sensação de liberdade esconde uma incapacidade dos trabalhadores em moldarem suas próprias vidas.

Harvey já apontava que a flexibilidade e mobilidade dos mercados permitiram aos empregadores exercerem maior pressão sobre a classe trabalhadora enfraquecida pelo aumento do desemprego.

O trabalho organizado foi solapado pela reconstrução da acumulação flexível em regiões que careciam de tradições industriais anteriores e pela reimportação para os centros mais antigos das normas e práticas regressivas estabelecidas nessas novas áreas. A acumulação flexível parece implicar níveis relativamente altos de desemprego “estrutural” (em oposição ao friccional), rápida destruição e reconstrução de habilidades, ganhos modestos (quando há) de salários reais e o retrocesso do poder sindical – uma das colunas políticas do regime fordista. (HARVEY, 1999, p.141)

Num mundo cada vez mais competitivo e no qual a margem de lucro é cada vez mais estreita, os patrões utilizam-se do excedente de mão-de-obra para impor regimes de trabalho mais flexíveis, baseados no emprego em tempo parcial, temporário e subcontratado. Neste novo esquema, surgem basicamente três grupos: um grupo central, ainda garantido em seus direitos por regras formais de trabalho, mas que se distingue do setor “monopolista” fordista pela adaptabilidade a novas funções e ambientes; um grupo periférico, formado por trabalhadores sem maior formação ou perspectivas de ascensão na carreira, voltado à execução de tarefas rotineiras e, por isso mesmo, extremamente rotativos (também são facilmente encontrados no mercado); e finalmente, um segundo grupo periférico, formado por toda uma gama de trabalhadores flexíveis, treinados com subsídio público e com pouca segurança no emprego (esta última categoria é a que mais cresceu). “A atual tendência dos mercados de trabalho é reduzir o número de trabalhadores “centrais” e empregar cada vez mais uma força de trabalho que entra facilmente e é demitida sem custos quando as coisas ficam ruins.” (HARVEY, 1999, p.144)

A antiga estrutura burocrática, racionalizando o uso do tempo a partir de regras de antiguidade e de leis que organizavam a pensão do governo, propiciava uma história de vida nítida para quem a vivenciava, com a experiência acumulada material e fisicamente. O trabalhador se sentia como o autor de sua vida, possuidor de um senso de respeito próprio. Na atualidade os trabalhadores receiam estar perdendo o controle sobre sua própria vida. Longe de conquistar sua autonomia, estão engessados por uma nova série de exigências relacionadas a: horários flexíveis de trabalho que se estendem e (ou) se adequam as necessidades dos clientes; execução de tarefas subalternas, ou em síntese, de diversas tarefas antes delegadas ou compartilhadas; não ter um papel fixo que lhe permita dizer: “é isto o que eu faço”. Mas a mais profunda preocupação é a de não

poder oferecer a substância de sua vida de trabalho como exemplo de conduta ética. “As qualidades do bom trabalho não são as mesmas do bom caráter.” (SENNETT, 2001)

O caráter expresso como “valor ético que atribuímos aos nossos próprios desejos” e as nossas relações com os outros, se concentra sobretudo no aspecto a longo prazo de nossa existência emocional. É expresso pela lealdade e o compromisso mútuo, pela busca de metas a longo prazo. Estes atributos não são mais compatíveis com a esfera do trabalho.

Sabemos que as experiências mais profundas de confiança são informais e demandam um certo tempo para surgir, enraizando-se devagar nas fendas e brechas das instituições. O próprio antagonismo entre o capital e o trabalho, concretizado a partir de estruturas nítidas de poder e de hierarquia, desempenhava um papel positivo e integrador. Mas as organizações atualmente operam como redes frouxas e não como um rígido comando de cima para baixo. Caracterizam-se pela “força dos laços fracos”, pelas formas passageiras de associação que seriam mais úteis para as pessoas que as ligações de longo prazo. Esses laços se concretizam no trabalho em equipe, em que a equipe passa de tarefa em tarefa e muda de pessoal no caminho. O distanciamento e a cooperatividade artificial são uma blindagem para lidar com as atuais realidades.

As carreiras tradicionais que avançam lentamente dentro da mesma empresa, estão fenecendo. E também o uso de um único conjunto de qualificações no decorrer de uma vida de trabalho. A força de trabalho é cada vez mais contingente, pois os empregos estão sendo substituídos por “projetos” e “campos de trabalho”.

No seio da própria empresa, a corrida à eficácia e à competitividade acarreta a desqualificação dos menos aptos. A “administração participativa” exige a mobilização de competências não apenas técnicas, mas também sociais e culturais, que pegam no contrapé a cultura profissional tradicional de uma maioria de assalariados. [...] a formação permanente pode funcionar como uma seleção permanente. (CASTEL, 1998, p. 519)

Esta transformação na gestão de recursos humanos e nas relações de trabalho ocorre paralelamente com mudanças na organização industrial. A subcontratação organizada permite a formação de pequenos negócios e revive sistemas mais antigos de trabalho doméstico, familiar (patriarcal) e paternalista. Há uma nítida convergência entre o sistema de trabalho capitalista avançado com essas formas de trabalho “terceiro-

mundistas”, sendo que estas muitas vezes absorvem justamente grupos de imigrantes em grandes cidades.

Por sua vez, as formas de organização da classe trabalhadora dependiam do acúmulo de trabalhadores na fábrica. Nos novos sistemas mais reduzidos, a ação sindical é difícil por que

a consciência de classe já não deriva da clara relação entre capital e trabalho, passando para um terreno mais confuso de conflitos interfamiliares e das lutas pelo poder num sistema de parentescos ou semelhantes a um clã que contenha relações sociais hierarquicamente ordenadas. (HARVEY, 1999, p. 145-146)

As economias de escopo vieram a substituir as economias de escala, com a proliferação de pequenas empresas voltadas à produção de lotes pequenos de produtos e que se utilizavam da subcontratação como incremento competitivo. As grandes corporações sobreviveriam à margem do sistema, utilizando-se de toda uma rede de pequenos negócios que lhes permitiam fugir dos “riscos” e flutuações do mercado, ao mesmo tempo em que desenvolviam um sistema capaz de atender a uma gama bem mais ampla de necessidades. “Esses sistemas de produção flexível permitiam uma aceleração no ritmo da produção, ao lado da exploração de nichos de mercado altamente especializado e de pequena escala – ao mesmo tempo em que dependeram dela”. (HARVEY, 1999, p.148) Em vez de organizações tipo pirâmide, a administração quer agora pensar nas organizações como redes. Estas arrumações podem ser mais facilmente decompostas ou redefinidas, de modo que promoções e demissões tendem a não se basear em regras nítidas e fixas, e as tarefas do trabalho não estão mais claramente definidas.

De acordo com Castel (1998) a consolidação da condição salarial deveu-se ao fato de que assalariar uma pessoa significava prender a sua disponibilidade e suas competências a longo prazo. A durabilidade do vínculo de emprego implicava, com efeito, que não se soubesse antecipadamente o que o trabalhador seria levado a realizar.

A flexibilidade é uma maneira de nomear a necessidade de ajustamento do trabalhador moderno a uma tarefa pontual. Mas ela não se reduz à necessidade de o assalariado se ajustar mecanicamente a determinada tarefa, exigindo também que o trabalhador esteja imediatamente disponível para adaptar-se às flutuações da demanda e as conseqüentes mudanças na rotina de trabalho.

Gestão em fluxo tenso, produção sob encomenda, resposta imediata aos acasos dos mercados tornaram-se os imperativos categóricos do funcionamento das empresas competitivas. Para assumi-los, as empresas podem recorrer a subcontratação (flexibilidade externa) ou treinar o seu pessoal para a flexibilidade e para a polivalência a fim de lhe permitir enfrentar toda a gama de novas situações (flexibilidade interna). (CASTEL, 1998, p.517)

### **2.3.1. A flexibilização do trabalho dos agentes comunitários**

A flexibilização pode ser considerada “positiva” a partir do maior controle do processo de trabalho pelo trabalhador, por causa da formação continuada com permanente qualificação, certa autonomia decisória, polivalência funcional e o trabalho em equipe. Envolveria a retomada criativa do controle sobre o trabalho realizado e um maior envolvimento na sua execução. “O reconhecimento da importância do conhecimento do trabalhador dos processos de trabalho e sua relativa desespecialização torna-se um fator de aumento da produtividade e qualidade do trabalho realizado.” (LIMA & MOURA, 2005, p.3)

Entretanto, a difusão deste modelo toyotista significou a mescla destes objetivos em torno da autonomia e conhecimento do trabalho, com formas tayloristas numa infinidade de adaptações. Com isso temos a precarização do trabalho, com a desregulamentação das relações de trabalho, a supressão de direitos, o fim da estabilidade no emprego, a adoção de contratos de trabalho temporários, parciais e terceirizados, e a própria eliminação do contrato e sua substituição por formas de prestação de serviços. O emprego público pode se considerado como uma das últimas trincheiras do emprego “fordista”, se o pensarmos enquanto relações de trabalho estáveis, com contratos de trabalho por tempo indeterminado e direitos sociais protegidos. Mas não resistiu ileso: a própria estabilidade do funcionalismo já se encontra de certo modo flexibilizada.

Diversas modalidades de vínculos contratuais vem sendo adotadas no setor da saúde. Assim como no setor privado, a aposta é a redução de custos, o aumento da eficiência, e uma maior adaptação aos fluxos de demanda destes serviços. E existe a preocupação com a adoção de um pacote de serviços específicos para determinados grupos e populações. Para potencializar estas ações são valorizados os vínculos de compromisso e respeito entre funcionários e usuários. Mas é o seu conhecimento e

inserção na comunidade local, a sua credibilidade junto a esta população, a sua capacidade de liderança e mobilização, que fazem do ACS um trabalhador *sui generis*.

Esta forma de capital social presente no trabalho desenvolvido pelo agente comunitário é, simultaneamente, um dos aspectos que caracteriza a sua ocupação como flexível. (LIMA, 2005) E a única habilidade específica exigida deste trabalhador é a posse de competências transversais – facilidade para comunicação e para trabalhar em equipe. Os outros requisitos que são residir na área de cobertura do PSF e ter cursando com aproveitamento um curso de formação inicial fora do local de trabalho, também diferenciam a sua atividade de ocupações típicas do serviço público<sup>5</sup>.

A formação inicial insere-se no debate sobre a necessidade de profissionalização do agente comunitário. Nogueira et. al. (2000) já atentavam para o fato de que a profissionalização do ACS pode lhe conferir um perfil corporativo muito rígido, principalmente quando se considera a estrutura das profissões no Brasil, onde cada profissão tenta definir o que pode ou não pode fazer, e o que o outro pode fazer.

Mas a desvalorização da dimensão conceitual (certificação profissional) na qualificação do ACS, justificada pela necessidade deste trabalhador ser representativo da comunidade em que atua, promove a desvalorização social desse trabalhador. Sustenta a sua baixa remuneração e contrapõe-se a proposta de melhorar a qualificação dos trabalhadores da saúde, de um modo geral. Também permite o “desvio de função” no sentido de responsabilizá-lo pela execução de atividades burocráticas, na medida em que o trabalho do ACS é tido como inespecífico e de baixa complexidade, podendo ser direcionado para atividades que supostamente exigem pouca qualificação.

Desse modo à capacitação em serviço, justificada pela necessidade de se aproximar à escola do serviço, e cujos conteúdos variam em função dos problemas locais - em que a avaliação pauta-se nas atividades realizadas no serviço e o material educativo estrutura-se em torno das ações a serem realizadas -, podem implicar na redução do conhecimento à realização de atividades e a extinção do espaço da escola em favor do serviço. (MOROSINI et. al., 2007)

Porém a intenção do Ministério da Saúde com a definição de um Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (2004), parece ser a elevação da escolaridade do ACS. Tratar-se-ia de uma “formação que, ao mesmo tempo, valoriza o serviço enquanto espaço formativo e constrói um itinerário formativo visando à profissionalização técnica.” (MOROSINI et. al., 2007, p.272) Em julho de

2004, a proposta de habilitação técnica para a profissão foi aprovada em parecer do Conselho Nacional de Educação – CNE.

Mas um dos maiores problemas da legislação (lei n.º 11.350/06 entre outras) no diz respeito à formação do ACS - que deve concluir um curso introdutório de formação inicial e continuada, é que uma das conseqüências possíveis é que se invista apenas o mínimo necessário para evitar a ilegalidade. Nesse caso, alguns municípios podem optar apenas pela formação inicial dos seus agentes, o que significaria um retrocesso em relação ao debate público e coletivo que identificou a necessidade de um curso técnico.

Bachilli et. al.(2008) consideram que do ponto de vista do sistema capitalista, os profissionais que agregam ao trabalho valores que não são dimensionáveis (e que portanto não tem preço) como compaixão, sensibilidade, compromisso, não são pagos. Mas talvez estejamos experimentando um processo de mercadificação das formas de ajuda mútua informal em torno de novas “jazidas de emprego”, que constituem uma alternativa mais barata aos “serviços de reparação” que são obra de especialistas dotados de uma competência técnica sofisticada. (CASTEL, 1998)

Não que a preocupação de promover uma “economia solidária”, de ligar a questão do emprego à coesão social, de criar vínculos, ao mesmo tempo em que atividades, entre as pessoas, não seja louvável. Porém, o objetivo a ser perseguido é a integração das pessoas à sociedade a partir do reconhecimento de sua utilidade social. E nesse sentido a atividade do ACS é gratificante na medida em que este trabalhador, tendo um pendor natural para a ajuda, consegue efetivamente melhorar a qualidade de vida da comunidade. Mas também pode ser depreciativa quando a identidade comunitária do agente, detentora de espaço, saber e linguagem próprios, confronta-se com as concepções e sentimentos do resto da equipe. Outro aspecto que merece ser ressaltado é a disputa de poder que se instaura quando o ACS passa a dividir, e mesmo disputar, o seu lugar de prestígio na comunidade com os outros membros da equipe.

Observa-se que a formação que [os ACS] recebem lhes dá um sentimento orgulhoso de diferenciarem o seu conhecimento em relação ao conhecimento popular que dispunham previamente, o que lhes confere prestígio social, uma vez que o saber biomédico situa-se numa escala superior na hierarquia de saber da sociedade. Ao mesmo tempo, esse processo gera ansiedade quando o ACS compara o seu conhecimento com o de outros profissionais da equipe. [...] A posição do ACS [...] revela-se ainda mais crítica quando se compara o

---

<sup>5</sup> Outro requisito é ter concluído o ensino fundamental.

seu salário com o de outros membros da equipe[...] (NUNES et. al., 2002, p. 1641)

Os agentes comunitários, assim como os demais trabalhadores da saúde, estão submetidos a medidas de controle do trabalho adotadas nas empresas enxutas. As fórmulas aplicadas visam responsabilizar os trabalhadores pelos resultados alcançados e diluir a liderança entre todos os membros da equipe, fazendo com que um fiscalize o desempenho individual do outro. A chefia é substituída pela “coordenação”, com o aparente afrouxamento da hierarquia e autonomização dos empregados. Como não existem mais papéis fixos para cada funcionário, com exceção das atribuições que compõe o núcleo da atividade dos profissionais de saúde, o pressuposto é que existe uma recomposição do trabalho, e um maior controle do trabalhador sobre a sua realização.

Os agentes comunitários de saúde e os agentes/auxiliares administrativos de serviços públicos<sup>6</sup> que atuam no PSF, são os funcionários que sofrem maior assédio no que se refere à execução de tarefas não prescritas. Por serem trabalhadores que não possuem uma qualificação profissional prévia exigida, são mais maleáveis no que se refere a sua alocação em setores cujas atividades são campo comum a todas os profissionais. O acolhimento dos pacientes dentro e fora da unidade de saúde, a realização de tarefas descritas como “burocráticas”, e as ações essenciais de prevenção, promoção e vigilância à saúde, podem ser definidas hoje como as principais atividades executadas pelo ACS.

Sempre acreditamos que a excessiva especialização das funções administrativas e subalternas dentro do serviço público desenvolve nos servidores um sentimento de degradação em relação ao seu trabalho. Porém a flexibilidade interna, ou seja, não possuir um lugar fixo dentro do processo produtivo, parece aumentar a sensação de desprestígio dos trabalhadores. Estes se sentem mais inseguros, não vêem o resultado do seu labor individual, são compelidos a competir e rivalizar com os colegas de trabalho por um “espaço” dentro da equipe. E o compromisso com o trabalho objetivado muitas vezes vem acompanhado da ausência de vínculos de solidariedade autênticos entre os profissionais. Em outras palavras, trabalhar em equipe ou em prol da equipe, promove

---

<sup>6</sup> Os agentes administrativos de serviços públicos não integram as equipes de saúde. São servidores municipais contratados para auxiliar a equipe e que respondem por diversas atividades administrativas: arquivar prontuários, atender o telefone, atuar na recepção dos pacientes, preencher fixas cadastrais e



na verdade a individualização do trabalhador e a ausência de laços de lealdade entre os profissionais.

### **2.3.2 Precarização dos ACS**

Uma das categorias profissionais cujos vínculos contratuais encontram-se mais flexibilizados dentro dos serviços públicos de saúde no Brasil, é a dos agentes comunitários de saúde. De acordo com a avaliação normativa do PSF (2004), realizada pelo Ministério da Saúde, apenas 27.7% dos agentes comunitários do Brasil eram contratados como funcionários públicos estatutários ou celetistas. Os outros 72,3 % eram representados por trabalhadores com vínculos flexíveis ou precários, sendo significativa a porcentagem de trabalhadores contratados como temporários (30,2%), como prestadores de serviço (11,6%) e informais (10,7%).

Para se ter uma noção, 45,9 % das auxiliares de enfermagem e 28,6 % das enfermeiras eram contratadas como estatutárias ou celetistas. Mas devemos lembrar que os ACS são empregados exclusivamente no PSF ou PACS<sup>7</sup>. Portanto os dados divulgados pelo Ministério da Saúde correspondem à imensa maioria destes trabalhadores. Enfermeiras, auxiliares de enfermagem, médicos, cirurgiões dentistas, auxiliares de consultório dental, por sua vez, são empregados também por outros serviços da Atenção Básica, ou em estabelecimentos de saúde média e alta complexidade. Portanto seria mais difícil definir em que proporção estes profissionais que se encontram hoje “flexibilizados”. Mas a partir dos dados apresentados, percebemos que dentro do Programa de Saúde da Família, a maioria dos profissionais ainda são subcontratados.

A posição dominante no planejamento da proposta do PSF, recuperando o debate sobre a implantação do PACS, era de que o papel esperado dos agentes comunitários enquanto interlocutores entre a comunidade e os serviços locais de saúde, não permitia que estes fossem contratados como funcionários públicos. “Considerava-se que o vínculo institucional seria rompido pela cultura institucional do funcionalismo, com afastamento progressivo da comunidade e conseqüente afrouxamento do controle social previsto no programa.” (LIMA & MOURA, 2005) Nogueira et. al. (2000) recomendaram que, na medida do possível, os ACSs fossem contratados como

---

lançar dados referentes aos atendimentos ambulatoriais (SIAL), controle do estoque de produtos de uso interno da unidade, carimbar receituários e outros documentos impressos, dispensar medicamentos, etc.

<sup>7</sup> Existem outras experiências municipalizadas, como o Qualis implantado em São Paulo – S.P, e o médico da família de Niterói – R.J, que empregam agentes comunitários de saúde.

empregados celetistas de entidades privadas não-lucrativas, mediante convênios com a Secretaria de Saúde do município.

A reversão da situação de precarização do trabalho dos agentes comunitários envolveu o Ministério Público do Trabalho (MPT) a partir de 2003. O entendimento deste órgão é de que estes trabalhadores são essenciais para o funcionamento do SUS e que, portanto, deveriam ser funcionários públicos contratados mediante concurso público. A estratégia que o MPT encontrou foi pressionar os gestores a buscarem uma solução para a situação considerada como de ilegalidade, ameaçando impedir o repasse de recursos que o Fundo Nacional de Saúde (FNS) fazia mensalmente para os municípios pagarem os salários dos ACSs.

Os gestores da saúde, por sua vez, argumentam que a contratação dos agentes causaria tamanho impacto na folha de pagamento das prefeituras, que a obediência a Lei de Responsabilidade Fiscal<sup>8</sup> estaria comprometida. No mais, o concurso público não pode exigir que o candidato tenha residência prévia em determinada região nem que ele continue morando naquele local após a contratação. As prefeituras seriam, portanto, obrigadas a abrir mão da exigência de que os ACSs morassem na comunidade em que atuam.

Procurando garantir a legalidade na seleção e contratação dos ACS, a emenda constitucional n.º 51/06 permitiu a criação do processo seletivo público, como alternativa ao concurso público, especificamente para o caso dos ACSs e dos agentes de combate às endemias. Como se trata de uma modalidade jurídica nova, ainda não existe uma definição precisa de processo seletivo público. A alteração no texto constitucional está localizada no artigo 198, localizado na Seção II (da Saúde). Deste modo, existiu a preocupação de não fazer do caso específico dos ACSs um precedente para a flexibilização do concurso público como forma de contratação de servidores públicos.

A lei n.º 11.350/06 estabelece que os ACSs deverão ser contratados por vínculo CLT – exceto nos casos em que alguma lei local determinar outro regime jurídico – mas sem direito à estabilidade e outros benefícios garantidos pelo regime estatutário. O parágrafo único do artigo 10 da lei determina que o ACS poderá ser demitido caso não cumpra o requisito de residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público. Também pode ter seu contrato rescindido por necessidade de redução de quadro de pessoal ou por insuficiência de

---

<sup>8</sup> Dentre outras coisas, determina que a despesa total com pessoal não poderá ser maior do que 50% da receita corrente líquida da União e 60% dos estados e municípios, a cada ano.

desempenho. Atualmente a regularização dos contratos de trabalho de conformidade com esta lei federal, é a maior reivindicação das confederações, associações e sindicatos dos agentes comunitários de saúde.

### **3. O ATENDIMENTO EM SAÚDE NO PSF E A ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO**

#### **3.1. AVANÇOS, LIMITES E POSSIBILIDADES DO PSF: REVISÃO DA LITERATURA.**

Os anos 90 amargaram uma crise econômica e fiscal no Brasil, sendo os modelos de saúde profundamente influenciados por esta realidade. Discutindo a natureza das políticas de saúde no Brasil na década de 1990, Carvalho & Santos (1995) referem que, a despeito da opção deliberada do Estado por políticas sociais focalizadas e seletivas, à capacidade de mobilização e intermediação de interesses de seus atores permitiu o desenvolvimento de políticas mais abrangentes.

Esse entendimento, não é compartilhado por Piola (2001), segundo o qual após a unificação do setor público de saúde tradicional com a assistência médica da Previdência Social, a despeito dos avanços legais conquistados no setor saúde durante e após a década de 1980, passa a ocorrer uma outra forma de segmentação diferente na qual são ofertadas diferentes modalidades assistenciais a distintos grupos sociais conforme sua inserção econômico-social (PIOLA, 2001)

A institucionalização do SUS no final dos anos 80, apesar de trazer mudanças profundas na organização do sistema de saúde, só foi possível devido à crise do sistema previdenciário e à conjuntura de abertura política. Mas o legado da dualidade da assistência à saúde, à ausência de uma rede própria para prestação de serviços públicos de saúde e as reformas gerenciais no Estado durante os anos 90 apenas reforçaram a trajetória da assistência à saúde no Brasil, configurando assim uma dupla identidade: uma face pública universal, voltada para as populações excluídas, e uma face privada mercadológica, dirigida aos segmentos produtivos da sociedade.

O governo federal optou por implementar um conjunto de programas, ações regulatórias e novas modalidades de alocação de recursos, objetivando melhorar a equidade e a eficácia no SUS. É neste contexto de constrangimentos da agenda social, marcadamente influenciada pelos ajustes macroeconômicos de corte neoliberal, que é implantado o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994. (AZEVEDO, 2007)

A busca por novas modalidades de gestão, que economizassem os custos, contribuiu para a formação do PSF, pois com a reformulação da assistência básica, esperava-se a diminuição dos números de internações e nos usos de equipamentos mais sofisticados, fazendo com que os hospitais passassem a se dedicar ao atendimento de suas especialidades, reduzindo o gasto.

Nesse sentido o programa tem se expandido largamente pelo Brasil, inclusive com o apoio do capital estrangeiro, por intermédio do Projeto de Implementação e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), financiado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BIRD). Esse financiamento fragiliza ainda mais a seguridade social, em especial a saúde, porque a fonte financiadora adota uma série de orientações. “Tal fato é uma ameaça para o SUS, que foi e é criticado, principalmente pelo seu princípio da universalidade.” (BETTIOL, 2006, p.76)

O PSF vem se expandindo de forma focalizada à medida que são selecionadas prioritariamente, para a sua implantação, áreas e populações de risco. Mas alguns autores acreditam ser possível conciliar práticas focalizadas dentro de uma política universal. (TEIXEIRA, 1999; AZEVEDO, 2007) Nesse sentido deve-se considerar que o PSF é quase contemporâneo ao SUS e, portanto, à universalização do atendimento público em saúde no Brasil.

Como já citamos, diversos outros programas de extensão da cobertura precederam o Saúde da Família. Desse modo já existia o reconhecimento da necessidade de ações especiais, de atendimento especial, para as populações mais carentes, impossibilitadas de ter acesso a diversos serviços públicos. Muitas dessas experiências também coexistiram com o sistema de saúde universalizado.

O PSF é apontado como uma alavanca para a organização dos sistemas locais de saúde, funcionando com um mecanismo de pressão para o processo de descentralização, por meio da exigência da habilitação do município em alguma gestão. E é um mecanismo de ampliação das formas organizativas da população, pois o PSF institui mecanismos de representação da comunidade, preconizando a participação e controle social sobre as ações públicas. (AGUIAR, 2008)

Aspectos relativos ao papel oportuno das unidades básicas no sistema de saúde têm sido amplamente discutido. A concepção da Atenção Básica como “porta de entrada” do sistema de saúde brasileiro apresentar-se-ia inconsistente com um modelo que pretende realizar a integralidade das ações individuais e coletivas em toda sua plenitude. Particularmente no que se refere ao PSF, apesar deste se constituir numa

estratégia com potencial para equalizar a relação oferta-demanda, na prática ainda não conseguiu desburocratizar o acesso aos serviços. (AZEVEDO, 2007)

Assim é que o modelo de saúde brasileiro, que apresenta um desenho conformado num sistema hierarquizado, na prática, mostrou-se uma rede mal costurada. Não permite o acesso dos seus usuários de forma universal e equânime, tal como se propõe. Os diversos carecimentos pelos quais os indivíduos mais pobres passam, não são levados em conta na operacionalização desse sistema. A miséria e a pobreza que especificam, e de alguma forma determinam, o modo de vida dos usuários pelos quais as equipes de saúde têm responsabilidade, confinam boa parte deles a uma condição de exclusão também no âmbito da política de saúde.

Ainda assim, o acesso à atenção à saúde no Brasil logrou vários avanços desde a instituição do Sistema Único de Saúde, há quase 20 anos, sendo a expansão da atenção básica através do PSF uma de suas estratégias mais eficazes, a despeito das suas diversas limitações. (AZEVEDO, 2007) Temos uma retomada da humanização na atenção clínica e uma melhor qualificação dos profissionais a serem formados, pois se expõem mais no processo de intervenção e no acompanhamento terapêutico sem tantos anteparos tecnológicos. (LUNARDELO, 2004)

O Programa de Saúde da Família, desde a sua concepção, esbarrou em uma série de obstáculos, como as resistências corporativas tanto das associações de enfermagem, que impõem restrições para as atividades dos agentes comunitários, quanto das associações médicas, que não são favoráveis à formação de médicos generalistas e impulsionam a formação de especialidades. (SILVA, 2001; 2006)

A associação entre atenção primária e tecnologia simplificada amplia o leque de opositores aos programas que utilizam o trabalho dos agentes comunitários. Um destes autores alerta sobre

o risco da implantação de projetos que perpetuem um modelo desigual e discriminatório, onde exista uma forma de organização dirigida às classes ricas com profissionais altamente especializados e utilização de tecnologia sofisticada e outra forma, dirigida às populações carentes, baseada em recursos simplificados. (BORNSTEIN & STOTZ, 2008, p. 262)

Mesmo reconhecendo o impacto destas estratégias na diminuição da morbimortalidade em comunidades não atendidas pelos serviços de saúde, “a não discriminação de suas características específicas acabou conduzindo a um predomínio

do pensamento epidemiológico nas práticas de saúde dirigidas às populações pobres.” (FERNANDES, 1991, p.135) E a carência de análises mais aprofundadas sobre os aspectos político-ideológicos associados a este modelo promoveu um relativo distanciamento da perspectiva da universalização do direito a um atendimento individualizado e de boa qualidade, que se restringe às classes mais abastadas.

Dessa forma, muitos planejadores e profissionais passaram a questionar a real necessidade da presença do médico na atenção primária. Essa visão é reforçada através de um discurso que coloca a prática médica ambulatorial como paternalista e ineficaz, já que os determinantes dos problemas de saúde se situam no nível da coletividade. Na medida que os programas de saúde comunitária privilegiam a epidemiologia, acabam tendo que se restringir à fisiopatologia tradicional como a única ferramenta disponível para a abordagem do paciente. Ocorre que esta fisiopatologia foi criada e desenvolvida principalmente no interior dos hospitais, onde os casos complexos encontram possibilidade de estudo.

O interesse fisiopatológico, na prática ambulatorial, é extremamente limitado, e as queixas e doenças que predominam nesta área logo se tornam, a partir desta abordagem, monótonas e repetitivas. Tão repetitivas que logo passam a ser facilmente identificadas e medicadas, segundo um protocolo igualmente banal de tratamento. (FERNANDES, 1991, p.136)

A crítica diz respeito ao fato da medicina comunitária não dar muito valor ao conjunto da prática clínica e nem tomar como desafio a necessidade de sua ampliação na abordagem individual nela inscrita, necessária para os casos em que os processos mórbidos já se instalaram. Assim, considera-se que, ao não se dispor a atuar na direção da clínica, esta estratégia age como linha auxiliar do modelo médico hegemônico. É como se estivesse delimitando os terrenos de competência entre ela e a corporação médica, como se o PSF cuidasse da saúde coletiva, e a corporação médica da saúde individual.

A partir do momento em que a saúde passa a ser conceituada como direito de todos, dentro de uma perspectiva ampliada que a define como o completo bem estar, passa a ser necessário a incorporação, à abordagem clínica individual, de outros conhecimentos que ajudem a compreender o adoecimento e o indivíduo de modo mais amplo. Neste aspecto é interessante observar que tanto o modelo dirigido às classes

pobres quanto o destinado às classes ricas mostram-se igualmente limitados, o primeiro buscando priorizar o aspecto coletivo/epidemiológico, enquanto o segundo procura ater-se à exploração fisiopatológica e à conseqüente medicalização. (FERNANDES, 1991)

O PSF representa a primeira tentativa significativa de reformulação, em escala nacional, do modelo de atenção primária à saúde. Para tanto, o programa incorpora a inovação de deslocar o eixo da preocupação centrada na figura do médico, que vinha marcando a proposta da medicina, para uma preocupação com toda a equipe de saúde. Entretanto:

Quando se usa a expressão “substituir o modelo tradicional”, é permitida a interpretação de que o modelo vigente é visto como de baixa efetividade. No entanto, não se encontram nos cadernos, sites e cartilhas oficiais as causas desse grau de impacto, pois isso significa mexer em “vespeiros”, como os parques recursos financeiros destinados à saúde e à capacitação permanente dos recursos humanos. (BETTIOL, 2006, p.66)

A autora recorda que as atividades de prevenção, promoção e vigilância à saúde são pertinentes todos os serviços da rede básica. E ilustra que no PSF, assim como nas unidades de saúde convencionais, as ações preventivas são pouco exploradas e os trabalhos detêm-se ainda no aspecto curativo.

Alguns trabalhos questionam a superficialidade e a despolitização no debate em torno do PSF. Também questionam o “discurso mudancista” que atribui ao PSF o papel de estratégia para a reorganização da prática assistencial em novas bases. Consideram que a observação das experiências indica uma defasagem entre o discurso e as práticas assistenciais que implementa, mostrando que não se tem conseguido realizar a “missão prometida”. (BORNSTEIN & STOTZ, 2008) Criticam, entre outras coisas, a mitificação do médico generalista, como se este profissional pudesse por si só implementar novas práticas de saúde junto à população. E a realização de “visitas domiciliares compulsórias”, principalmente no que se refere a médicos e enfermeiras, já que estas deveriam acontecer quando existe uma indicação explícita para elas e não como rotina, podendo inclusive representar uma excessiva intromissão na privacidade as pessoas.

A que se ressaltar que não se tem mostrado clara a diferenciação entre as varias situações de risco vividas pelas famílias ou entre os diversos contextos familiares em

que se situam os problemas de saúde para, assim, distinguir as diferentes metodologias de abordagens necessárias. Isso ocorre porque o eixo que orienta a intervenção familiar são os programas de saúde pública planejados e padronizados nas instâncias hierárquicas superiores da burocracia da saúde. Assim, a percepção e a intervenção dos profissionais locais tendem a ficar restritas, ficando a atenção muito dirigida aos aspectos que os diversos programas priorizam. (SERAPIONE, 2008)

A NOB/96 apesar de ser um importante instrumento de operacionalização do sistema de saúde, e de apresentar grandes avanços na definição dos papéis de cada esfera de governo na gestão do sistema e no aumento das transferências diretas fundo a fundo, fere a autonomia os municípios quando coloca projeto de incentivos de financiamento das ações de saúde de modo verticalizado

De qualquer maneira, o principal fator limitante do avanço da descentralização é a dependência financeira do poder local do governo dos Estados e da União, já que vem se constatando que os recursos próprios dos municípios são insuficientes mesmo para o custeio do conjunto de serviços que lhes cabe executar. (cit. BETTIOL, 2006, p.69)

Apresentado como uma estratégia de mudança no modelo de atendimento à saúde, cuidando dos indivíduos já doentes, mas também promovendo ações de proteção à saúde e prevenção às doenças, o PSF é um ideal que vem sendo perseguido há muito tempo por profissionais de saúde e a população. No entanto, não se pode negar a própria cultura sobre saúde/doença dos indivíduos, nem os serviços básicos oferecidos por longos anos à população usuária da saúde pública. (BETTIOL, 2006)

Outra questão apontada refere-se às implicações de se definir a família como objeto de intervenção em saúde. O problema está na visão excludente implícita numa definição restrita e universal de família. Como exemplo, pode acontecer de serem ignorados grupos familiares originados fora do vínculo matrimonial civil ou religioso, ou que não tenham emprego ou residência minimamente estáveis. Dessa forma, à necessidade de uma abordagem integrada, compreensiva e multidisciplinar de avaliação do impacto do PSF contemplando, ao lado do eixo epidemiológico propriamente dito, a dimensão das mudanças comportamentais e sócio-culturais em torno do processo saúde-doença. (VASCONCELOS, 2000; SERAPIONE, 2008)

O PSF pode ser um instrumento para a ação em redes de serviços locais, mas é uma modalidade tecnológica de produção de atos de saúde insuficiente para dar conta



de seus objetivos. Castel (1998) apontou que com este tipo de intervenção, enfatizando as potencialidades locais de bairros e a reconstituição de identidades sociais através do desenvolvimento de atividades autogeridas, o Estado parece querer fazer do bairro uma espécie de fenômeno social total capaz de se bastar a si próprio. Mas em que medida experiências que deram certo em certas localidades são transponíveis ou generalizáveis? E em que medida o PSF pode responder positivamente às necessidades de saúde de indivíduos ou grupos, como a de ter boas condições de vida, de ser sujeito de direitos e cidadão, de ter acesso a todas as tecnologias de acesso que melhorem ou prolonguem a vida, de ser verdadeiramente acolhido, e de ter autonomia e autocuidado?

O PSF pode ter o seu lugar. Para isso, o mais adequado é explorá-lo dentro de seus limites e colocá-lo a um processo reflexivo. Incorporá-lo como uma das modalidades tecnológicas, que podem fazer parte da complexa ação das ações básicas de saúde, seria a melhor forma de potenciá-lo. O programa e os agentes devem ser instrumentos para o enfrentamento de agravos e situações específicas de saúde em determinados grupos populacionais. Mas a inversão de papéis destes instrumentos, com a imposição do PSF enquanto modelo substitutivo à rede básica convencional

além de não produzir impacto nos níveis de saúde da população em geral se configura em uma 'cesta básica' de ações mínimas de saúde para os cidadãos mínimos, o que certamente aprofundará a crise do sistema, resultado que será creditado à inoperância da gestão pública, em defesa da privatização e do projeto neoliberal de reforma do Estado. (cit. BETTIOL, 2006, p.78)

Uma das questões mais discutidas é o fato de o PSF não ter um programa para atendimento da demanda espontânea. Assim não há uma real desburocratização do acesso aos serviços, visto que o atendimento às urgências, que é muito importante do ponto de vista do usuário, não se torna ponto forte de sua agenda de trabalho. A hipótese levantada é de que algumas questões centrais que se colocam hoje no PSF estão relacionadas, fundamentalmente, ao aspecto organizacional do acesso, tais como a dificuldade para o agendamento de consultas (médicas e odontológicas), a falta de integralidade nas ações e a fragilidade na rede hierárquica da assistência, configurando um quadro crítico que compromete em muito o acesso dos usuários à atenção por eles necessitada. (AZEVEDO, 2007)

A eliminação da demanda espontânea é uma ilusão, pois a população continua recorrendo aos serviços de saúde em situações de sofrimento ou angústia – procurando atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento e Pronto Socorros, como usualmente

acontece. E a população acaba por forçar a organização de serviços com modelagens mais comprometidas com os projetos médico-hegemônicos, para responderem as suas necessidades imediatas.

Por sua vez, a ampliação do objeto de intervenção para além do âmbito individual e clínico demanda mudanças na forma de atuação e na organização do trabalho. Neste sentido, a totalidade das ações demandadas no campo da saúde não pode se realizar pela ação isolada de um único agente. Porém, o trabalho em equipe no PSF é marcado pela ausência de responsabilidade coletiva do trabalho e baixo grau de interação entre as categorias profissionais. Isso se deve ao fato de que os membros da equipe mantêm representações sobre hierarquia entre profissionais e não-profissionais, nível superior e nível médio de educação, médico e enfermeiro. (SILVA & TRAD, 2005)

Nas situações em que ocorre a articulação entre os profissionais, ela está sempre voltada para um determinado fim, ou seja, a comunicação manifesta-se sobretudo para atender as demandas imediatas que se expressam nas queixas apresentadas pelos usuários. Não se observa evidências que mostrem a equipe buscando construir consensos e acordos acerca dos problemas de saúde da população assistida. (SILVA & TRAD, 2005)

Desse modo, não é o fato de o PSF remunerar melhor, principalmente os médicos, que garantirá bons atendimentos ou um atendimento acolhedor, com compromisso. Os salários maiores têm funcionado como um atrativo, mas não asseguram a permanência dos médicos nas equipes. (BETTIOL, 2006) Se pensarmos que o programa é baseado no vínculo, esta rotatividade é um problema sério.

Embora o governo, quando se reporta a equipe multiprofissional, admita que profissionais como, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos possam incorporar-se à equipe como “apoio”, não há sua inserção formal na equipe. Outra observação interessante é que os profissionais que integram o programa são da área de biológicas, e nenhum deles tem formação na área de humanas. Isso se deve ao próprio modo de pensar o processo saúde/doença que, desde a sua origem, tem se centralizado na figura do médico. (BETTIOL, 2006)

O Ministério da Saúde quando propôs o Programa de Saúde da Família, apostou que o modelo possibilitaria o estabelecimento de vínculo e de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e a população. Mas acolhimento e vínculo dependem do modo de produção do trabalho em saúde. “A acolhida consiste na

abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região”. (SCHIMITH & LIMA, 2004) E a construção de vínculo só ocorre mediante o reconhecimento do usuário na condição de sujeito que fala, julga e deseja.

Mas pode-se questionar se a relação entre usuários e profissionais do PSF proporciona essa humanização do atendimento. Um dos maiores entraves é o fato de que os profissionais, sobretudo as enfermeiras, escolhem desenvolver atividades de prevenção e promoção, em detrimento de ações clínicas. A demanda única para o médico, de atendimentos clínicos, contribui para a falta de acesso e para a vinculação dos usuários a um único membro da equipe. (SCHIMITH & LIMA, 2004)

O acolhimento, que a priori pode ser realizado por qualquer membro da equipe de saúde, dentro de sua capacidade de resolver o problema relatado, promoveria a mudança no processo de trabalho a fim de atender a todos que procuram o serviço de saúde. Mas o que ocorre freqüentemente é o encaminhamento dos usuários para o serviço de pronto-atendimento, ditado pela organização do trabalho e não pela necessidade do usuário. Esta conduta contribui para a cristalização do imaginário popular de que o pronto-socorro é o local que resolve todos os problemas agudos. Sendo que o acolhimento “tem como objetivo resolver o que é da competência da unidade básica, independente da hora de chegada na unidade.” (SCHIMITH & LIMA, 2004)

Apesar da mudança de foco de atenção da equipe de saúde, para o “indivíduo em relação” em oposição ao “indivíduo biológico”, ser algo positivo, nem sempre é este o espaço de relação predominante, ou mesmo o lugar de síntese das determinações do modo de viver das pessoas em foco. Portanto o desafio é conseguir fazer os profissionais enxergarem o ser humano existente no objeto de cuidado (paciente), enquanto indivíduo portador de necessidades, que se expõe a riscos, que sofre e produz sofrimento do seu jeito único.

Constitui-se mais um problema do PSF o alto grau de normatividade na sua implementação. O formato das equipes, as funções de cada profissional, a estrutura, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde existentes no território, são regulamentados centralmente pelo Ministério da Saúde. (BORNSTEIN & STOTZ, 2008) Suas normas devem ser rigorosamente seguidas, caso contrário pode ocorrer de determinado município ficar fora do sistema de financiamentos das ESFs. Agindo assim o Ministério da Saúde não só aborta a construção de novos modelos alternativos, mesmo que similares à proposta do PSF, como engessa o próprio Programa de Saúde da Família

diante de realidades distintas vividas em diferentes comunidades em todo território nacional. (SILVA, 2002)

### **3.2. A AÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS**

O agente comunitário é visto como um agente de mudanças na medida em que aprende com as experiências das pessoas, com os profissionais de saúde, compartilhando o que foi aprendido com a própria comunidade. A característica singular do ACS no que se refere ao seu pertencimento à comunidade assegura a sua vinculação e a identidade cultural de grupo com as famílias sob sua responsabilidade. O fato de esse trabalhador residir na área de abrangência da Unidade de Saúde também “facilitaria a identificação de fatores responsáveis pelo adoecimento das pessoas do bairro, assim como, o desenvolvimento de estratégias mais eficazes no âmbito da adesão às recomendações médicas.” (NUNES et. al., 2002, p.1642)

Merece destaque a função de elo exercida pelos ACS, que é percebida pelos usuários por meio da facilitação do acesso à unidade de saúde. Mas um dos pontos críticos apontados

é a dificuldade dos ACS em encontrar respostas positivas aos encaminhamentos realizados para os serviços de saúde de maior complexidade, o que dificulta o seu papel de mediador e resulta potencialmente na perda de legitimidade do ACS frente à comunidade e o desestímulo do agente para o desempenho de suas ações. (BORNSTEIN & STOTZ, 2008, p.262)

A respeito do perfil profissional do ACS, existem pesquisas que apontam que mesmo aqueles que exerciam liderança e participavam em movimentos sociais mudaram a sua forma de relacionamento com a comunidade quando ao se tornarem agentes de saúde. E assinalam o risco de que, na intermediação entre unidade de saúde e usuários, os agentes reproduzam comportamentos calcados em velhas concepções de favores e de facilitação de acesso. (PEDROSA & TELES, 2001) Nesse sentido, o ACS passa a ser valorizado pelo usuário pela facilidade em transitar no sistema formal de atenção à saúde, o que por sua vez pode facilitar o acesso ao cuidado dos moradores.

No que tange a prática educativa, ela pode ser dominadora na medida que o ACS tem objetivos pré-definidos com relação à melhoria da saúde da população e procura convencê-los sobre o que deve se feito. “Os casos de resistência [da população] traduzem muitas vezes, a idéia de que as pessoas estão se sentido desvalorizadas na sua

forma de ser, ou revelam que não existe um verdadeiro diálogo entre o saber popular e o saber médico.” (NUNES et. al., 2002, p. 1642) Entretanto, a própria formação recebida pelo agente comunitário já é um exercício de democratização do saber médico. (BORNSTEIN & STOTZ, 2008)

Nunes et. al. (2002) consideram que o ACS pode operar ora como facilitador, ora como empecilho na mediação e diálogo entre os saberes biomédico e popular. Se ele convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora, por outro lado, a sua formação acontece geralmente a partir de referenciais biomédicos. Desse modo, o que facilita o seu papel de mediador é o conhecimento sobre as dinâmicas sociais da comunidade. A dificuldade estaria na sua solidarização com a população atendida, de modo que os agentes acabam ressoando dentro e fora da equipe, reivindicações e desejos da comunidade que colidem com as propostas e objetivos do PSF.

Tem-se debatido como explorar melhor essa mediação, que pode ser entendida como uma tradução. Nesse sentido, são valorizadas atividades desenvolvidas autonomamente pelo ACS e que surgem da percepção de que mudanças de hábitos e comportamentos encontram várias formas de resistência por parte da população. (PEDROSA & TELES, 2001)

A função de elo pode ser entendida também como à facilitação do acesso aos direitos de cidadania de modo geral. Ou seja, os agentes são capazes de apreender e estabelecer uma relação entre as necessidades de saúde da população e os outros tipos de necessidade. Promovem o diálogo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade. São a ponte que une a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado. (NOGUEIRA et. al, 2000)

Mas as atribuições quotidianas do ACS são compostas por atividades relacionadas com os programas desenvolvidos pela unidade de saúde e tem caráter biomédico e individual. Os próprios instrumentos de informação que devem ser preenchidos pelos agentes não contemplam ações coletivas. A ênfase do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) é sobre fichas que permitem a avaliação da produtividade baseada em ações individuais e avaliação de indicadores de saúde. (BORNSTEIN & STOTZ, 2008)

Sobre o perfil profissional dos agentes, existem duas interpretações: uma de que eles pertencem ao grupo de enfermagem por realizar cuidados de saúde, e outra, onde o ACS é visto como um trabalhador *sui generis*, com identidade comunitária e que realiza

tarefas que não se restringem ao campo da saúde. (NOGUEIRA et. al, 2000) Outros autores se referem a duas dimensões principais presentes na proposta de atuação do ACS: uma mais estritamente técnica, de prevenção de agravos, e outra mais política, onde a saúde é entendida num contexto mais amplo e onde se insere a organização da comunidade e a transformação das condições de vida. (SILVA, 2001;2006; SILVA & DALMASO, 2002) Mencionam também a dimensão da assistência social, ainda que esta não constasse dos programas oficiais.

Estas entendem que ao assumir estas dimensões, cria-se um dilema permanente para o agente, na medida em elas estão permanentemente em conflito. Acreditam que o saber sistematizado e os instrumentos existentes na área da saúde são insuficientes para suprir as necessidades de trabalho dos agentes, tanto no que se refere à abordagem familiar, como com relação ao contato com situações de vida precária.

A falta de saberes sistematizados para o pólo mais político e de assistência social acaba fazendo com que os ACS trabalhem mais com o senso comum e com a religião. Ressaltam ainda a variedade de expectativas existentes sobre a função do ACS, que ora se vê como educador em saúde, ora como organizador de acesso, como “olheiro” da equipe na identificação e captação de necessidades. (BORNSTEIN & STOTZ, 2008)

Estes autores mencionam que no “Referencial curricular para o curso técnico de agente comunitário de saúde” (2004), documento do Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Educação, toma-se como pressuposto para o delineamento do perfil de competências profissionais do ACS a valorização de sua singularidade profissional, como um trabalhador com interface na assistência social, educação e meio ambiente. Mas entendem que o processo de qualificação do ACS ainda é desestruturado, fragmentado e insuficiente para desenvolver as novas competências necessárias para o adequado desempenho do seu papel.

Esta avaliação é corroborada por Bachilli et. al (2008), que também acreditam que o domínio do saber técnico deve estar emparelhado ao domínio do conhecimento da área de ciências humanas. Porém o que se encontra freqüentemente nos espaços de educação continuada são conteúdos tradicionais de conhecimento e prática na área da saúde, havendo dificuldade de se dar conta da totalidade das finalidades colocadas para o PSF. “Não se pode conceber a organização de sistemas de saúde que conduzam à realização de novas práticas sem que, de forma concomitante, se invista em uma nova

política de formação e num processo permanente de capacitação dos recursos humanos.” (BACHILI et. al, 2008, p.55)

Silva & Dalmaso (2002) apontam a importância da flexibilidade nos processos e metodologias de preparação de pessoal, tendo em vista a enorme variedade de contextos em que se implanta o programa. E destacam a importância das atividades de supervisão, a fim de assegurar a qualidade do trabalho desenvolvido pelos agentes comunitários.

O PSF propõe uma ampliação do lócus de interação em saúde, incorporando na sua prática o domicílio e espaços comunitários diversos. Considera-se que essa característica vem contribuindo para o fortalecimento do vínculo entre profissionais das equipes e a comunidade. E a criação de laços de compromisso com as famílias tem uma dupla finalidade: levar o serviço de saúde mais próximo do contexto domiciliar e fortalecer a capacidade do enfrentamento dos problemas de saúde através da transmissão das informações e conhecimentos. (BACHILLI et. al, 2008)

Neste sentido, a confiança e respeito mútuo, e o estabelecimento de relações interpessoais afetivas, são o principal caminho percorrido pelo agente para realizar o seu trabalho, isso quando não se constituem no trabalho propriamente dito. Neste caso tratar-se-ia do desenvolvimento de uma interação que não é pautada apenas por propósitos objetivos. Para Simmel (1983) “o impulso da sociabilidade” extrai das realidades da vida social o puro processo da socição com um valor apreciado, e através disso constitui a sociabilidade no sentido estrito da palavra. As verdadeiras motivações da socição, condicionadas pela vida, não tem importância para a sociabilidade. A conversa é desse modo à realização de uma relação que não pretende ser nada além de uma relação – isto é, na qual aquilo que usualmente é a mera forma de interação torna-se seu conteúdo auto-suficiente.

O desenvolvimento de vínculos desta natureza entre os ACS e usuários, são previstos e preconizados com o Programa de Saúde da Família, como um modo de avigorar o trabalho educativo, de prevenção de doenças e promoção da saúde. Mas a hipótese que levantamos é de que este tipo de interação não é compatível com as ações de vigilância à saúde. Isso porque atividades desta natureza, que implicam orientar e cuidar pressupõe um certo distanciamento.

Para os demais profissionais da equipe, via de regra, estabelecer vínculo com os usuários assume um outro significado, mais relacionado com o que alguns teóricos do capital social denominam “a força dos laços fracos”. Significa desenvolver laços de confiança, compromisso e respeito, e até mesmo de afeto que, entretanto, não adquirem

uma completa informalidade. Mas para o ACS, criar laços mais estreitos e informais com os usuários lhe proporciona um status singular. Esta percepção deriva da natureza imaterial e ambígua da sua ocupação, e reflete a existência de uma disputa dentro da equipe por prestígio diante da população. Denuncia sobretudo a ansiedade sentida pelos agentes quando comparam o próprio conhecimento com o dos demais membros da equipe – considerando que para a população o saber biomédico encontra-se no topo da hierarquia do saber.

A narrativa dos agentes transmite a percepção de que seu vínculo com o paciente preenche as necessidades afetivas do outro.

Somente assim se pode estabelecer uma verdadeira igualdade com respeito às diferenças e à fraqueza do outro: se a desigualdade provém da debilidade do outro, do seu sofrimento, é a compaixão que tende a restabelecer a reciprocidade, e mesmo ocorre que ‘aquele que parece estar só a dar recebe mais quando dá, através da gratidão e do reconhecimento. (BACHILLI et al., 2008)

Podemos concluir que, à medida que realizam o seu trabalho, os ACS passam a entender melhor as circunstâncias envolvidas na produção ou supressão da saúde para aquele contingente de pessoas às quais visitam. Diante disso, aprimoram seus recursos para contribuir, o que passa a ser gratificante porque produz resultados que culminam com a gratidão dos visitados.

A reciprocidade do dar e receber (solidariedade) constitui a premissa básica do PSF. Não teria sentido uma atividade que visa à transformação do sujeito, imerso na família e na comunidade, sem que seus motores para tal (equipe do PSF) também sofressem alguma transformação. (BACHILLI et. al, 2008)

Por sua vez, se uma parte significativa dos agentes consideram o seu trabalho gratificante, quer pela possibilidade de ser útil, quer pelo apoio a uma população carente, sua atuação implica envolvimento pessoal e desgaste emocional. A entrada no mundo familiar traz inevitavelmente consigo a intimidade das pessoas e novas construções relacionais permeadas de significados e sentimentos. (NUNES et. al., 2002)

O sentimento de impotência é experimentado no confronto com as questões difíceis da realidade que, mesmo conhecidas, ganham nova dimensão quando se constituem num compromisso que transcende ao da vizinhança e da camaradagem. (BACHILLI et. al, 2008) Nesta questão a identidade comunitária do ACS, detentora de



espaço, saber e linguagem próprias, pode confronta-se com as concepções e sentimentos do resto da equipe, instalando muitas vezes uma sensação de desvalorização e incapacidade. Portanto, a análise do ACS como tradutor de saberes biomédicos deve entender a intermediação que “um agente proveniente das classes populares assume na comunicação de saberes desenvolvidos em um universo técnico-científico específico, com aspectos fortemente influenciados por práticas presentes em outra classe social”. (NUNES et. al., 2002, p.1640)

Nogueira et. al. (2000) caracterizam dois tipos de interpretação acerca do que é o ACS enquanto parte de uma política social. A primeira, denominada “utilitarista”, aceita que os trabalhos de promoção comunitária e de bem-estar realizados pelo ACS são obrigações devidas pelo Estado a seus cidadãos. De acordo com esta interpretação, o ACS seria uma espécie de recurso humano “simplificado” e tecnologicamente adequado que o Estado utiliza para alcançar os objetivos de uma política de bem-estar em comunidades carentes. “Essa versão dá ênfase à adequação cultural, tecnológica e econômica que é possível obter mediante o uso desse tipo de recurso humano, que é também um portador dos direitos que o Estado tem como dívida para com certos grupos sociais.” (NOGUEIRA et. al.,2000, p.11)

Já a interpretação denominada “solidarista”, afirma que o ACS atua na qualidade de um mediador entre o Estado e a comunidade, não sendo um trabalhador a serviço exclusivo de nenhum dos dois. A missão do agente comunitário seria facilitar o acesso a direitos sociais, que incluem recursos e conhecimentos organizados pelo Estado, e ajudar no cumprimento de certos deveres de solidariedade por parte da própria comunidade. A visão solidarista entende que a sociedade civil deve a si certas obrigações morais mínimas, a começar pelo dever da solidariedade. E que os direitos e obrigações sociais acabam por exercer um reforço dialético entre si.

A obrigação não é unívoca. Não é limitação que onere exclusivamente uma parte; ela exerce também uma imposição positiva sobre a própria sociedade, convidando-a a levar a sério os direitos. Entre o direito social tradicional e a assistência social paternalista, abre-se assim o caminho de uma implicação recíproca de indivíduo e da sociedade. Abrem-se as portas para um novo direito social, a igual distância do Estado-Providência passivo, cujo custo não é mais possível financiar, e da velha sociedade assistencial, a que ninguém quer retornar. (cit. NOGUEIRA et. al, 2000, p.12)

Para operacionalizar esta interface entre direitos e obrigações, facilitando o acesso os serviços públicos e abrindo as portas da solidariedade comunitária, o ACS não pode estar subordinado hierarquicamente aos poderes de mando típicos da burocracia. Não deve ser um mero efetor a serviço do Estado, mas também não pode ser entendido como pertencente por inteiro ao terceiro setor, porque suas ações são financiadas e dirigidas pelo Estado. Portanto, os autores recomendam o estabelecimento de convênios com entidades sem fins lucrativos para a contratação dos agentes comunitários, assegurando uma relação de parceria entre o setor estatal e o terceiro setor que é ideal para a manutenção de uma condição de relativa autonomia os ACS diante dos imperativos políticos e burocráticos do aparato do Estado.

Silva (2001), fazendo a distinção entre os dois perfis profissionais assumidos pelo agente comunitário, o técnico e o político, aponta que estas duas categorias representam situações polares que não existem em sua forma “pura”. A aproximação do perfil ocupacional-social do agente de uma ou de outra é resultado de interações mediadas pela influência de múltiplas variáveis, levando a uma variabilidade no seu perfil, na dependência de contextos específicos e das situações concretas de trabalho. Mas se a sua função e vinculação são múltiplas e, necessariamente, articuladas, pode-se pensar os ACS como uma ocupação síntese, o trabalhador genérico identificado por Nogueira et. al.(2000).

Sobre a relação dos usuários com os agentes comunitários, Nunes et. al (2002) menciona o sentimento de valorização, de proteção e amparo, experimentado por aqueles que se sentem parte da “rede de relações”, e o sentimento de indignação daqueles que foram excluídos da mesma. Isso se torna ainda mais visível por serem essas pessoas membros de grupos sociais a quem tradicionalmente faltou meios de ter acesso a direitos básicos da cidadania, sendo esse acesso quase sempre proporcionado pela intermediação de pessoas dotadas de uma certa influência - pelo mecanismo de apadrinhamento.

Nesse sentido, nem sempre a rotina dos vários atores envolvidos no PSF se distanciam das ofertas paternalistas, o que pode levar a “perversão” das práticas da cidadania, gerando privilégios.

Mas importantes valores como o da solidariedade, o da extensão da família além dos muros de uma moradia ou dos limites de uma família nuclear, a coexistência de procedimentos técnicos e manifestações afetivas, [...] pode se

constituir em grande arsenal de práticas mais humanas e coletivistas.  
(NUNES, 2002, p. 1645)

Se antes o conceito de saúde significava promover a autonomia e emancipação social, a luta contra os processos que precarizam a vida, agora vemos que práticas carinhosas e afetivas também compõe o extenso rol de ações sanitárias. (BUCHABQUI et. al., 2006)

#### **4. REDE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA**

Até 1983 o Serviço Especial de Saúde de Araraquara (SESA), que é um Instituto Complementar da Universidade de São Paulo (USP), subordinado diretamente à Faculdade de Saúde Pública, era o único serviço de saúde do município de Araraquara, sendo responsável pelo atendimento de toda a população e pela execução de todas as ações de saúde. Exercia as funções de Centro de Saúde 1 da Secretaria de Estado da Saúde, à qual era conveniado.

O município possuía um Pronto Socorro na região central, que funcionou até 1970, em parceria com o hospital Santa Casa, e após em prédio próprio do município.

A partir de 1983, a Prefeitura Municipal começou instalar unidades de saúde nos bairros, criando o “cinturão da Saúde”, proposto num projeto audacioso de um grupo de docentes das Faculdades de Odontologia e Farmácia da UNESP, que propôs um projeto integrado de saúde e educação, por solicitação do então prefeito Clodoaldo Medina. Neste ano são abertas as unidades de saúde do Jardim América e Selmi Dei. No ano de 1985 são abertas as unidades de saúde do Jardim Paulistano, Jardim Santa Lúcia, Parque das Laranjeiras, Cecap e Yolanda Ópice. Todas estas unidades ao lado de uma unidade de ensino infantil. Estas unidades tinham agentes de enfermagem e visitantes domiciliares, um médico que atendia toda a população adstrita, sendo a prioridade o atendimento infantil. Algumas unidades que apresentavam grande demanda possuíam dois médicos, sendo preferencialmente um clínico e outro pediatra.

Em 1990 o SESA entrega ao município a unidade de saúde da Vila Xavier, sendo que neste espaço o município instala o Pronto Socorro da Vila Xavier. Em 1991 é aberta a unidade de saúde do Santa Angelina e do Jardim Iguatemi. Em 1992 são criados o Centro de Saúde do Assentamento Bela Vista e um posto de atendimento nos assentamentos de Motuca, assim como se assumiu a unidade de saúde de Gavião

Peixoto, que até então era atendida pelo SESA, sendo que Motuca e Gavião Peixoto eram distritos de Araraquara até 1996. Neste período foi inserido nas unidades de saúde o médico ginecologista e ampliado o número de profissionais médicos em todas as unidades, já vivenciando um dos princípios doutrinários do SUS, que é a universalidade.

Em 1993 são instaladas as unidades de saúde do Parque Residencial São Paulo, Melhado, Vila Xavier e Selmi Dei IV, sempre mantendo a lógica do “cinturão de saúde”, priorizando as unidades na periferia. Em 1996 o Pronto Socorro da Vila Xavier é transferido para o Jardim Brasil, num espaço maior e instalado também no município em parceria com o Corpo de Bombeiros, o SAMU, que reordena o atendimento pré-hospitalar. Em 1998 o município assume a gestão plena do sistema de saúde e passa a ser o gestor de toda a rede de saúde do município, incluindo clínicas especializadas, hospitais e diversos prestadores de saúde. Em 2000 são instaladas duas novas unidades de saúde, no Jardim das Hortênsias e no Vale do Sol, sendo as duas unidades no modelo do Programa de Saúde da Família. Em 2001 o distrito de Bueno de Andrade também recebe uma unidade do PSF, com equipe de agentes comunitários para atender os assentamentos do Monte Alegre e a unidade do Assentamento Bela Vista também se transforma em unidade do PSF. Em 2004, respeitando a proposta do “cinturão da saúde”, são abertas as unidades de saúde do Marivan, Pinheiros, Maria Luiza, e Ieda, todos no modelo do PSF, sendo ao todo sete equipes, nestas quatro unidades de saúde.

Neste mesmo ano são criados também dois Núcleos Integrados de Saúde, sendo um no Jardim Iguatemi e outro no Selmi Dei IV, utilizando o espaço das unidades de saúde, em que são inseridos médicos especialistas e pronto atendimento das 18 às 24h, durante a semana e nos finais de semana pronto atendimento das 7 às 24h. Em 2005 são inseridas nas unidades do Parque Laranjeiras e Residencial São Paulo equipes de agentes comunitários de saúde, para melhoria da qualidade de assistência nestas unidades. Em 2006 o Pronto Socorro do Centro é transferido para o bairro do Melhado, numa estrutura mais moderna, disponibilizando exames diagnósticos e unidade de emergência. Em 2008 é inserida uma nova unidade do PSF, com duas equipes no Jardim Brasil e uma nova equipe de agentes comunitários de saúde no Jardim Santa Lúcia, em fase final de implantação.

Em relação à saúde bucal, até 1998 existia atendimento nos Centros de Educação e Recreação (CER) e nas unidades que foram construídas após 1990, já pensando num novo modelo, que não só priorizasse as crianças, mais também a população como um todo.

Após 1998 com a municipalização deste atendimento, a prefeitura recebeu do Estado toda a rede de profissionais que estavam lotados nas Escolas Estaduais. Atualmente existem cirurgiões dentistas em todas as unidades do PSF e em sete unidades de saúde no modelo tradicional. Mantém-se profissionais nos CERs e duas unidades móveis que circulam entre as unidades de educação. A saúde bucal sempre esteve presente no pronto socorro, com serviço de pronto atendimento e hoje possui uma unidade especializada, o CEO, que realiza atendimentos mais complexos e especializados.

Atualmente são 13 unidades de saúde no modelo tradicional, 9 unidades do Programa de Saúde da Família, com 14 equipes, 3 Núcleos Integrados de Saúde, 1 Pronto Socorro, 1 Centro de Especialidades, 1 Centro de Reabilitação, 1 CAPS, 1 SAMU, 1 CEO, 3 equipes de PACS, 1 centro de zoonoses, 1 Serviço de Verificação de Óbito, além de toda estrutura administrativa para gestão de todas as ações de saúde, como coordenadoria de vigilância em saúde, rede básica, auditoria, administração, planejamento e ouvidoria.

Este breve relato, narra a construção da rede municipal de saúde, predominantemente da rede básica e própria, não se referindo aqui a complementaridade dos serviços de saúde, no qual, a partir de 1998 o município assumiu a responsabilidade com a gestão plena, como a estruturação das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, unidades de especialidades e reabilitação, assim como os inúmeros programas criados, e a gestão hospitalar.

#### **4.1 A COBERTURA DO PSF EM ARARAQUARA**

O Programa de Saúde da Família foi implantado em Araraquara no ano 2000. Neste ano foram implantadas as unidades do Vale do Sol e do Jardim das Hortênsias. Desde então o programa se expandiu e em 2008 já somava nove unidades de saúde.

**Tabela 2. Número de Unidades de Saúde da Família e de Equipes de Saúde da Família no Município de Araraquara de 2000 a 2008.**

<b>Unidades e Equipes</b>	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Número de USFs	2	4	4	4	8	8	8	8	9
Número de ESFs	3	5	5	5	12	12	12	12	14

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

As Unidades de Saúde da Família foram implantadas dentro da proposta de “cinturão da saúde”, cobrindo bairros periféricos. A primeira expansão do PSF ocorreu em 2001, com mais duas unidades nos assentamentos rurais. Em 2004 foram inauguradas outras quatro unidades no Jardim Pinheiros, Ieda, Maria Luiza e Marivan. E em 2008 foi implantada a unidade do Jardim Brasil.

**Tabela 3. Número de famílias e pessoas cadastradas pelo PSF de 2000 a 2006, em Araraquara.**

<b>Ano</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
Pessoas Cadastradas	3422	11613	12295	14024	25889	25889	28710
Famílias Cadastradas	889	3189	3330	3678	7120	7764	8370

Fonte: Aguiar(2008) e SIAB

Nota-se que o número de pessoas cadastradas pelo PSF no período de 2000 a 2006, aumentou significativamente, passando de 3422 pessoas, em 2000, para 28710, em 2006. O número de famílias cadastradas saltou de 889 em 2000, para 8370 em 2006.

**Tabela 4. Número de famílias e pessoas cadastradas pelo PSF em 2006, por unidade de saúde, em Araraquara.**

<b>Unidade</b>	<b>Número de equipes</b>	<b>Pessoas cadastradas</b>	<b>Famílias cadastradas</b>
Bela Vista	01	1005	253
Bueno de Andrada	01	1786	444
Vale do Sol	02	9733	2542
Hortênsias	01	4308	1124
Jardim Pinheiros	02	3808	1110
Marivan	02	3785	1155
Ieda	02	3440	911
Maria Luiza	01	3024	831

Fonte: SIAB

As equipes do Vale do Sol e Águas do Paiol, reunidas na mesma unidade de saúde, assim como a do Hortênsias, respondiam em 2005 por uma população maior do que o máximo recomendado pelo Ministério da Saúde, que é de 4.000 pessoas. A equipe do Maria Luiza possuía um número de pessoas cadastradas ligeiramente superior ao número recomendado, que é de 3.000 pessoas. Mas o número de pessoas residentes na área de abrangência das unidades de saúde é geralmente maior ao número de pessoas cadastradas nas USFs, o que nos permite supor que a delimitação destas áreas levou em consideração a totalidade da população abrangida.

A equipe de saúde da família “padrão” é composta por seis agentes comunitários de saúde, um médico, uma dentista, uma enfermeira, duas técnicas/auxiliares de enfermagem e uma auxiliar de consultório dental. Apenas as equipes do Vale do Sol e do Águas do Paiol são compostas por sete ACS. A ESF de Bueno de Andrada é constituída por quatro ACS, e a do Bela Vista e do Cruzeiro do Sul por três agentes. São ao todo 78 agentes comunitários nas 14 equipes. Mas quando começamos a coleta de dados e a realização das entrevistas, eram apenas 59 ACS. Naquele momento duas equipes estavam desfalcadas e outras duas ainda não haviam sido implantadas.

#### 4.2. PERFIL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE ARARAQUARA

O primeiro questionário que aplicamos aos ACS que atuam em todas as equipes do PSF de Araraquara, visava reunir informações mais gerais com sexo, idade, religião, escolaridade, profissões anteriores etc. Foi respondido por 55 agentes.

**Tabela 5. Dados reunidos com questionários aplicados aos ACS do município.**

<b>SEXO</b>							
<b>Feminino</b>			<b>Masculino</b>				
87,3%			12,7 %				
<b>ESCOLARIDADE/ NÍVEL DE ENSINO - %</b>							
<b>Fundamental completo</b>	<b>Médio incompleto</b>	<b>Médio completo</b>	<b>Superior incompleto</b>	<b>Superior completo</b>			
3,64	20	61,82	10,9	3,64			
<b>IDADE (anos) - %</b>							
<b>20 a 24</b>	<b>25 á 29</b>	<b>30 a 34</b>	<b>35 a 39</b>	<b>40 a 44</b>	<b>45 a 49</b>	<b>50 ou mais</b>	
5,45 %	23,64%	23,64%	20%	10,91%	10,91%	5,45%	
<b>RELIGIÃO - %</b>							
<b>Católica</b>	<b>Evangélica</b>	<b>Espírita</b>	<b>Outras</b>	<b>Não tem</b>			
56,36	21,82	9,09	9,09	3,64			
<b>ESTADO CÍVIL - %</b>							
<b>Casado(a)</b>	<b>Amasiado(a)</b>	<b>Solteiro(a)</b>		<b>Outros</b>			
45,45	18,18	34,55		1,82			
<b>FORMAÇÃO TÉCNICA</b>							
<b>SIM</b>			<b>NÃO</b>				
30,91%			69,09%				
<b>TEMPO DE ATUAÇÃO NO PSF (anos) - %</b>							
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
1,82	7,27	5,45	50,91	5,45	1,82	16,37	10,91
<b>TRABALHO VOLUNTÁRIO -%</b>							
<b>SIM</b>			<b>NÃO</b>				
16,36			83,64				
<b>PARCITIPAÇÃO EM INSTÂNCIAS DELIBERATIVAS - %</b>							
<b>SIM</b>			<b>NÃO</b>				
63,64			36,36				



Dos agentes que referiram fazer trabalho voluntário (16,36%), muitos fizeram menção a Pastoral da Criança. A proporção de mulheres é muito elevada (87,3%), de onde se deduz que as mulheres tenham maior pendor para o cuidado, para a atenção em saúde. Todos os agentes que contribuíram com esta pesquisa participaram dos processos seletivos realizados até 2004. A seleção, que previa a realização de entrevistas, permitia que a equipe responsável pela seleção, composta por funcionárias da Secretária Municipal de Saúde, analisasse o perfil de cada candidato e sua identificação com o trabalho que iriam realizar. Todas as entrevistadoras que participaram da seleção do agentes e da pesquisa que realizamos, classificaram os critérios adotados na escolha dos ACS como impessoais. Mas mesmo sendo uma tendência nacional a prevalência de mulheres na função de agentes comunitárias, não temos como afirmar que o sexo dos candidatos não interferiu na escolha.

Dos ACS pesquisados, 76,36% tinham concluído pelo menos o ensino médio. Essa condição viabiliza uma futura formação técnica na sua área de atuação. Não identificamos disparidades nas equipes no que diz respeito ao grau de instrução dos ACS. Destes, 85,46 % atuam no programa a pelo menos quatro anos, o que indica uma baixa rotatividade que é importante para o estabelecimento de vínculo com os usuários. Podemos concluir que estes postos de trabalho são considerados “ricos” por muitos agentes, no que se refere à obtenção de garantias e direitos, e enquanto forma de alcançar a realização pessoal.

**Tabela 6. Profissões anteriores, motivação para este trabalho e planos futuros dos ACS de Araraquara.**

ACS	Profissões anteriores	Porque escolheu esta profissão	Planos futuros
Equipes 1 e 2			
Agente 1	Atendente de telefone	Por gostar, pela facilidade de morar no bairro	Fazer curso técnico em enfermagem e conseguir um emprego melhor
Agente 2	Chefe administrativa	Porque é perto de casa, acho interessante a área da saúde	Aperfeiçoar na informática e concluir o 2º grau
Agente 3	Não tive	Não escolhi	Acabar a faculdade e conseguir emprego na minha área
Agente 4	Auxiliar de produção, costureira	Pela facilidade de morar perto de casa, por gostar	Voltar a estudar, conseguir um emprego melhor
Agente 5	merendeira	Gosto da área da saúde	continuar na área da saúde -enfermagem

	<b>Profissões anteriores</b>	<b>Porque escolheu esta profissão</b>	<b>Planos futuros</b>
Agente 6		Gostar muito da área da saúde	Concluir meu curso de graduação e trabalhar na área
Agente 7	Ajudante de expedição	Por ser da prefeitura, ter algumas vantagens, ser próximo de casa	Terminar a faculdade e trabalhar na minha área
Agente 8	Operadora de máquina, operadora de caixa, caixa, crediária	Estava desempregada	Voltar a estudar e trabalhar em área que não seja da saúde
<b>Equipes 3 e 4</b>			
Agente 9	Caixa de supermercado e merendeira	Porque gosto da área da saúde e me identifiquei com o cargo	Continuar trabalhando na área da saúde
Agente 10	balconista	Porque gosto de ajudar a população	Atingir objetivos pessoais são consequência
Agente 11	doméstica	Por gostar e Ter facilidade em trabalhar com o público	Terminar a obra da minha casa e dar conforto para o meu filho
Agente 12	Recepcionista, servente de pedreiro, auxiliar de eletricista	Não conhecia a profissão, mas hoje acho gratificante	Se for Ter curso técnico [para ACS] ficarei, senão vou investir em meus estudos.
Agente 13	Recepcionista, caixa, balconista	Estava desempregada, foi à oportunidade que me surgiu	Continuar trabalhando e estudar fazendo talvez um curso ou faculdade
Agente 14	balconista	Porque gosto de trabalhar com a comunidade	Fazer faculdade de psicologia
Agente 15	Operadora de caixa	Não sabia bem o que era, fui me identificando, pois gosto de ajudar a população	Fazer psicologia é apenas um sonho. Meus plano para o futuro é me manter empregada
Agente 16	Operadora de caixa	Gosto de trabalhar com a comunidade	Espero que os ACS sejam mais valorizados
Agente 17	Auxiliar de escritório	Não sabia direito o que era. Fui me identificando. Gosto muito do que faço	Espero que ampliem o programa, que invistam no PSF
Agente 18	Supervisora de departamento	Gosto de trabalhar com a população	Aperfeiçoar no meu campo de trabalho
Agente 19	Babá, doméstica	Por atender a comunidade onde moro	Fazer um curso técnico na área de saúde
Agente 20	Babá, balconista e açougueira	Não estava satisfeita com a profissão anterior	Fazer radiologia e psicologia

	<b>Profissões anteriores</b>	<b>Porque escolheu esta profissão</b>	<b>Planos futuros</b>
<b>Equipe 5</b>			
Agente 21	Ajudante de acabamento, auxiliar de produção	Estava desempregada, o trabalho era no bairro	Que a função de ACS tivesse plano de carreiras
Agente 22	Oficial de escola, balconista	Estava desempregada. Durante o treinamento descobri que tinha vocação p/ o trabalho	Participar de mais cursos de capacitação do ACS, ampliar conhecimentos
Agente 23		Estava desempregada e após treinamento me identifiquei com o trabalho	Me especializar mais nesta área, fazer mais cursos
Agente 24	Bancário, comerciário	Estava desempregado e prestei concurso	
Agente 25	Técnica em contabilidade, auxiliar administrativa	Já conhecia o programa. Gosto muito de orientar e encaminhar as pessoas	Continuar os estudos, ser assistente social
Agente 26	Vendedora, telemarketing, acompanhante	Estava desempregada. Acredito no trabalho do ACS como melhoria na qualidade de vida da comunidade	Trabalhar na área técnica em que me formei
<b>Equipe 6</b>			
Agente 27	Empregada doméstica	Ao abrir o PSF, na reunião, acharam que eu deveria ser a ACS. Eu aceitei por Ter um bom relacionamento com a comunidade	Não tenho pique para fazer faculdade. Talvez um curso técnico. Pretendo cuidar da minha filha
Agente 28	Balconista, metalúrgica	É um trabalho legal onde você tem um vínculo muito grande com a população	Adquirir mais conhecimento, fazer mais cursos
Agente 29	Pintura em gesso, serviços gerais em curtume	Porque estava desempregada. A comunidade me escolheu e gosto muito da área	Quero fazer curso de enfermagem
Agente 30	Atendente de enfermagem	Porque gosto	Aprofundar conhecimentos, para trabalhar com mais qualidade
<b>Equipe 7</b>			
Agente 31	agricultora	Por Ter um trabalho voluntário na comunidade	Me aposentar e dar continuidade no trabalho voluntário
Agente 32	nenhuma	Porque é um trabalho dentro da comunidade, de elo	Terminar a faculdade. Trabalhar pra melhoria da comunidade

	<b>Profissões anteriores</b>	<b>Porque escolheu esta profissão</b>	<b>Planos futuros</b>
Agente 33	Costureira, faxineira, agricultora	Gosto do que eu faço, lidar com a comunidade.	Viver com saúde e ajudar os que estão ao meu redor
<b>Equipe 8</b>			
Agente 34	Doméstica	Porque podemos ajudar, orientar e participar da comunidade	
Agente 35	Trabalhador rural, servente, pedreiro	A princípio não tinha noção. Atualmente acho uma ótima profissão	Fazer cursos profissionalizantes
Agente 36	balconista	Por gostar de trabalhar com o público e estar dentro do bairro	Abrir o meu próprio negócio
Agente 37	Babá, doméstica, entregadora de panfletos, recepcionista	No início não sabia o que era. O gosto pela profissão veio depois	Estudar
Agente 38	Balconista, babá, doméstica, inspetora de alunos, safrista	Fui voluntária da Pastoral da Criança. Tinha noção à importância de levar conhecimento para as famílias	Fazer um curso técnico para auxiliar de dentista
<b>Equipes 9 e 10</b>			
Agente 39	Recepcionista, auxiliar de escritório, auxiliar de caixa, cabeleireira, manicure, vendedora	Gosto de conversar com as pessoas, ajudar, educá-las.	Aprimorar meus conhecimentos e talvez aposentar nessa profissão
Agente 40	Ajudante geral, recepcionista, balconista, embaladora, panfletagem	Estava desempregada. É uma profissão com a qual me identifico	Fazer um curso técnico ou faculdade na área da saúde, para melhorar o rendimento
Agente 41	Controle de qualidade – fábrica. Conicaleira – fiação, doméstica.	Eu não escolhi. Aprendi muito até hoje e participo de todos os cursos, para melhorar o meu conhecimento	Pretendo ficar até me aposentar. Quero fazer hotelaria, pretendo Ter uma pensão.
Agente 42	Recepcionista e vendedora	Porque estava precisando trabalhar	Melhorar os meus conhecimentos para poder auxiliar melhor os meus clientes
Agente 43	Pintor residencial e industrial	Gosto de trabalhar com a população e quero me aprofundar na área da saúde	Fazer o maior número de cursos possíveis sobre saúde e tentar melhorar a saúde da população
Agente 44	Doméstica, baba, vendedora, selecionadora de frutas	Eu estava desempregada e apareceu está oportunidade	Ter maior conhecimento para atender melhor as famílias

	<b>Profissões anteriores</b>	<b>Porque escolheu esta profissão</b>	<b>Planos futuros</b>
Agente 45	Faxineira, doméstica	Pela oportunidade de melhorar as minhas condições de vida	Fazer um curso técnico de enfermagem ou curso superior em biomedicina
<b>Equipes 11 e 12</b>			
Agente 46	Auxiliar de dentista	Porque gosto de lidar com o público	Prestar concurso na área da saúde
Agente 47	Recepcionista, balconista, professora de educação infantil	Estava precisando trabalhar	Fazer faculdade, prestar outros concursos públicos
Agente 48	Secretária, caixa, arrecadadora de pedágio	Porque foi uma opção	Dar continuidade naquilo que comecei
Agente 49	Secretaria, vendedora, balconista, caminhoneira	Porque gosto da área da saúde	
Agente 50	Operadora de caixa, auxiliar bancária	Porque sim	É confidencial
Agente 51	Auxiliar administrativo, técnico em informática, vendedor	desemprego	Quero um emprego que proporcione plano de carreira para realização profissional
Agente 52	Operadora de caixa, auxiliar administrativo, secretaria	A vida me levou a esta escolha	Não penso nisso agora. Estou focada na criação da minha filha
Agente 53	Fuzileiro naval	Afinidade, por paixão em ajudar e auxiliar	Me tornar policial federal, me aperfeiçoar culturalmente, e voluntariamente dar amparo para crianças de rua.
Agente 54	Auxiliar de escritório e vendedora	No início não sabia o que iria fazer. Mas gosto muito de estar trabalhando no PSF	Terminar a faculdade e ingressar na pós-graduação
Agente 55	comerciária	Foi por acaso	Gosto do que faço e pretendo ficar aqui e contribuir para a melhoria do meu trabalho

A imensa maioria dos agentes é composta por pessoas que já tinham trabalhado antes, o que faz sentido se observarmos que a idade média dos ACS gira em torno dos trinta e poucos anos. As ocupações anteriores geralmente se referiam a trabalhos domésticos e/ou no comércio, empregos que não exigem qualificação técnica. Comparando a ocupação de agente comunitário com os empregos anteriores, parecem

reconhecer muitas virtudes no seu atual trabalho: é perto de casa, proporciona uma série de benefícios, a carga horária é de quarenta horas semanais.

Muitos mencionaram que estavam desempregados quando saiu o edital do processo seletivo para admissão de ACS. O concurso foi uma opção naquele momento. A maioria não sabia precisamente quais seriam suas atribuições. Mesmo assim, vários agentes relataram gostar da profissão, se identificarem com a área da saúde, terem facilidade ou vocação para lidar com o público, gostar de ajudar, educar e informar as pessoas.

Muitos responderam que pretendem estudar e continuar trabalhando em profissões “correlatas” como enfermagem, farmácia, biomedicina, psicologia, assistência social etc. Outros disseram buscar ocupações fora da área da saúde. Muitos ainda confessaram ou deram a entender que buscam um “emprego melhor”. Não há nada demais no fato destes profissionais planejarem aprimorar os seus conhecimentos e conquistar empregos melhor remunerados e nos quais alcancem uma realização profissional, pessoal etc. O problema é quando, mesmo afirmando gostar da profissão, estes profissionais não se sentem valorizados e respeitados. Nos cabe, portanto, apreender a idealização que os ACS e outros membros da equipe fazem sobre a sua profissão do agente comunitário, e as dificuldades que estes trabalhadores enfrentam no dia a dia tentando corresponder a estas expectativas.

#### **4.2.1. Relação com a comunidade e com a equipe de saúde**

Perguntados sobre como era a sua relação com a comunidade, todos descreveram um bom relacionamento, baseado em vínculos de amizade, respeito e confiança.

*Tenho uma boa relação com as família, sou bem aceito pela comunidade.*

*Muito boa, mais ou menos 80% aceitam as orientações.*

*É uma relação de confiança, eles buscam esclarecer todas dúvidas e desabafam problemas pessoais.*

*Uma mistura de amizade e profissionalismo, todos nos conhecem como o pessoal lá do postinho.*

*Muito boa, mesmo porque todos me conhecem pelo fato de morar no bairro.*

*Uma relação de elo entre a comunidade e o posto ou outros serviços de saúde.*

*Com as famílias que aceitam bem minha visita, tenho uma excelente relação. Mas existem aquelas que não aceitam muito bem o PSF.*

Sobre se as famílias assimilam suas orientações em saúde, 80,55% dos ACS responderam que sim ou quase sempre. Os outros responderam que nenhuma ou que apenas algumas pessoas assimilavam. Aparentemente a pergunta deu margem a duas interpretações: se os usuários entendiam as recomendações ou se esses mudavam os próprios hábitos em função delas. Como a maioria dos agentes respondeu simplesmente que “sim”, é bem provável que eles tenham entendido que a pergunta era sobre o entendimento dos usuários, e não sobre se eles aplicavam as informações recebidas dos ACS no seu dia a dia. Algumas respostas obtidas foram:

*Consegue assimilar depois de muita orientação.*

*Algumas famílias tem alguma dificuldade devido o seu grau de instrução e situação econômica, mas a maioria assimila.*

*Sim, pois tento fazer as orientações com clareza e simplicidade.*

*90% acredito que não. Os outros 10% não encontro.*

*Assimilam bastante, e agradecem pelas orientações e perguntam quando tem dúvidas.*

*Aparentemente sim, eles demostram interesse e curiosidade a respeito de algumas orientações, mas não necessariamente as cumprem.*

*Alguns assimilam, outros são muito acomodados.*

Metade dos agentes avaliaram positivamente os treinamentos de Educação Continuada que realizada pela Secretaria Municipal de Saúde ou pela escolas técnicas do SUS. Afirmam que os cursos os auxiliam na realização de suas atividades. Mas ainda assim sugeriram mudanças para que os treinamentos não se tornem repetitivos ou para que não atrapalhem o andamento das visitas domiciliares. Neste aspecto, afirmam que reuniões realizadas tomam tempo e quando realizadas fora do bairro, não é oferecido meio de transporte ou auxílio pela prefeitura. Dos que avaliaram a Educação Continuada como ruim, muitos disseram não receber nenhum treinamento neste sentido. Outros reclamam do conteúdo dos cursos, do fato dos ACS não serem ouvidos quanto as suas reais necessidades no que se refere à falta de conhecimentos ou técnicas voltadas para a realização das visitas – de abordagem, relacionamentos interpessoais etc.

*Interfere, porque tudo o que é passado para o ACS, à gente já sabe, e fica uma coisa cansativa.*

*Interfere quando fazem um curso sem novidades e com os mesmos profissionais.*

*Está faltando educação continuada, os melhores cursos não são oferecidos para nós. Não me auxilia em nada[...] e ainda interfere, nos tirando da unidade à toa. Muito precária, não interfere em nada. Aliás existe?? Tudo tem o seu lado bom e ruim. Auxilia a equipe a enfrentar os conflitos que existem e muito fingem não ver. Suspendemos nossas atividades para as reuniões. A própria comunidade acaba sendo prejudicada também. Avalio a importância da Educação continuada para atualização da profissão e humanização da saúde. Não interfere no meu trabalho, gosto de participar. Auxilia muito bem pois nos trás conhecimento sobre determinados assuntos que temos dúvida. Tem feito alguns cursos que nos auxilia. Na minha opinião a educação continuada serve como troca de experiências. Sempre acho positivo a educação continuada, ela auxilia, nos capacita.*

Perguntados sobre quais cursos gostariam que fossem oferecidos, 12,1% apontaram o curso técnico de enfermagem, ainda que correspondendo a uma formação básica – para aferir pressão arterial, fazer aplicações etc. Outros 12,1% falaram da realização do II Módulo do curso técnico para ACS. Cerca de 18,2 % citaram a realização de treinamentos “mais objetivos” na sua área de atuação. Também querem ter maior autonomia na escolha dos cursos de formação e reciclagem. Um terço fala da necessidade de cursos diversos que os habilitem a resolver questões como: violência doméstica, idosos em situação de risco e abandono etc. E ainda: formação específica sobre políticas públicas e políticas de inclusão social.; cursos de terapia comunitária; cursos mais relacionados com o trabalho do ACS, voltados para a prevenção em saúde e realização das visitas domiciliares; treinamentos voltados para a motivação; cursos conjuntos para ACS e as profissionais de enfermagem, para que estas tratem os agentes com mais respeito. Outros 21,2% estão dispostos a fazer qualquer curso, principalmente se forem bons.

É interessante observar que aproximadamente ¼ dos agentes querem adquirir uma formação técnica, em enfermagem comunitária ou como ACS. Outros 33,3% falam de uma formação interdisciplinar, que dialogue com áreas como o serviço social, e de uma capacitação psicológica para enfrentar os problemas que identificam diariamente nas residências.

Perguntados sobre as atividades que mais gostam de fazer, os agentes citaram principalmente: acompanhar médicos e enfermeiras em visitas domiciliares; realizar as



visitas domiciliares individuais; participar de atendimentos em grupo – de hipertensos e diabéticos, gestantes, adolescentes; as campanhas de vacina; os grupos de caminhada; as atividades com a comunidade – palestras, teatros, passeios etc. Sobre o que não gostam de fazer, mencionaram: as vistorias da dengue; a pesagem dos beneficiários do Bolsa Família<sup>9</sup>; guardar prontuários dos pacientes no arquivo; participar de reuniões e cursos; o grupo de caminhada; atender na recepção.

Portanto, os agentes parecem ter especial apreço por atividades realizadas em conjunto com os outros profissionais da equipe, como as VDs e os grupos. Muitos agentes mencionaram a importância de todos os profissionais se envolverem com as ações do programa – voltadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde.

Disseram não gostar de atuar como “tapa buracos”, realizando serviços que são atribuição de outros funcionários – atender na recepção, arquivar prontuários, agendar consultas por telefone e outras atividades burocráticas. O uso indiscriminado do agente comunitário para preencher lacunas existentes na equipe, dá a impressão de que o seu trabalho é considerado inespecífico e sem qualificação. Mas devemos mencionar que a observação direta nos fez constatar o contrário - muitos ACS procuram “atividades internas” para fazer. Desse modo, sempre nos pareceu que os agentes não se sentiam motivados para realizar as visitas domiciliares e as atribuições peculiares a sua profissão. Mesmo não podendo generalizar esta constatação, partimos do pressuposto que a forma de gerenciamento do trabalho do ACS muda muito de uma equipe para outra. E nesse sentido, em muitas equipes, a ampliação do leque de atividades atribuídas ao agente pode vir acompanhada da observância rigorosa do cumprimento de suas atribuições básicas pela coordenação, como a realização das visitas domiciliares em todas as residências. Isso faz com que os ACS se sintam sobrecarregados.

A atividade mais citada quando perguntados sobre o que não gostam de fazer, é a vistoria da dengue. Esta ação se refere à busca de criadouros do mosquito transmissor da doença em vasos, plantas, pneus, objetos armazenados ao céu aberto etc. O ACS afirmam que os usuários encaram essa ação como um ato de fiscalização. E que os vínculos de confiança criados com os moradores são ameaçados. Isso até parece uma contradição, pois se a população confia nos agentes, este seria mais um motivo para aceitar de bom grado a realização das vistorias. Mas aparentemente o que ocorre é que

---

<sup>9</sup> Todos os beneficiários do Bolsa família são registrados no SISVAN – Sistema de Vigilância Nutricional. O peso e altura são aferidos para calcular o IMC – índice de massa corporal, usado para identificar pessoas desnutridas ou com sobrepeso.

nas visitas quotidianas do ACS, o morador sente que tem “controle” sobre a interação realizada. A postura do agente não é invasiva ou dominadora. Essa questão assume maior relevância pelo fato de o ACS ser identificado como morador do bairro e como membro da equipe de saúde. Tornando-se confiante para estas pessoas, o ACS não quer perder este status. Desse modo, acredita que não pode realizar abordagens claramente identificadas como de “vigilância à saúde”, porque elas fatalmente seriam vistas como uma indiscrição.

Perguntados sobre se eram valorizados pela equipe de saúde, 45,46% disseram que não. Outros 36,36% disseram que às vezes ou nem sempre. 3,03% disseram que quase sempre são valorizados e 15,15% disseram se sentir valorizados ou muito valorizados.

*Nem sempre é valorizado, pois o ACS pensa mais na comunidade.*

*Não me sinto valorizada. Talvez por não ter um curso técnico.*

*As vezes falta confiança da equipe para com nós.*

*Não me sinto valorizada e isso muitas vezes prejudica a auto-estima, dificultando a execução de planejamentos direcionados a comunidade.*

*Nem sempre, pois acho que ainda falta o entendimento correto do papel do ACS*

*A muito tempo nosso valor foi desprezado, somos considerados pau para toda obra.*

*Muito pouco valorizado, mesmo porque o importante é ter 100% do setor pronto no fim do mês e não é valorizado a qualidade.*

*Há algum tempo somos vistos como “pode tudo”. O que aparece joga pro ACS: estagiários, prontuários, serviços internos etc. Deixa-nos desgastados e desvalorizados.*

55,55% dos agentes disseram não ter atingido a realização pessoal. Perguntados se sentem-se gratificados no trabalho, 68,96% afirmaram se sentirem gratificados pela comunidade. 65,38% disseram que se sentem gratificados pela família e 47,6% pela equipe.

Metade dos ACS responderam que não acham a atual constituição da sua equipe adequada para atender as necessidades da comunidade. Defendem a contratação de ginecologistas e pediatras para atuarem na educação continuada. Outros responderam que a equipe precisa de assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, farmacêutico, nutricionista e de mais técnicas de enfermagem. Alguns agentes também acham necessário a incorporação de um médico para o acolhimento dos pacientes, desafogando os médicos da família.

Aqueles que defendem o formato atual da equipe citam a necessidade de reduzir o número de famílias atendidas e de todos os profissionais terem realmente vínculo com a comunidade. Falam ainda da melhoria da educação continuada e da contratação de profissionais com formação em saúde da família.

Muitos agentes questionaram o porque de apenas eles terem de cumprir a exigência de residir no bairro em que atuam, se todos os profissionais devem criar vínculos com os famílias. Outros reclamam da falta de equipamentos de proteção individual (EPI) indispensáveis para realizarem o seu trabalho. Pleiteiam um atendimento e suporte psicológico, visto que sua ocupação é emocionalmente desgastante. E falam da ausência de respaldo, de um meio de transporte, por exemplo, quando é necessário atender e cuidar de pessoas muito carentes.

*Em algumas situações sofremos mesmo que seja pelo lado técnico. É difícil trabalhar com questões de desigualdade social. Não temos retorno quando encaminhamos clientes para o serviço social. [...] Quando um cliente não tem dinheiro para pagar um ônibus para fazer tratamento com injeção duas vezes ao dia no PSM [Pronto Socorro] por cinco dias, numa criança de um ano com pneumonia. Você não tem respaldo. E aí? Você chora?*

Sobre qual o papel do ACS na comunidade e na equipe de saúde, a grande maioria respondeu que eles são o **elo** que une os dois. Conseguem transmitir para a equipe a dinâmica da comunidade - suas necessidades, peculiaridades e potencialidades, ao mesmo tempo em que esclarecem os usuários a respeito do funcionamento dos serviços de saúde, sobre seus direitos e obrigações em relação a estes serviços e na conservação da própria saúde.

Uma outra atribuição é a de atuar como **olheiro**, ou seja, identificar indivíduos e famílias em situação de risco e passar estas informações para o restante da equipe. Deste modo contribuem para que os usuários recebam um atendimento integral, humanizado e resolutivo.

A terceira função dos ACS é a de ser um **apoio** para as famílias da comunidade. Portanto ele deve ouvir, orientar e auxiliar as pessoas em questões que extrapolam aquele rol de atribuições básicas e regulamentadas para a sua profissão. Neste aspecto os agentes se autodenominam psicólogos, assistentes sociais, pedagogos, conselheiros etc.

Outra ação mencionada é a que situa o agente como um **educador** em saúde. Desenvolvem atividades individuais e coletivas que democratizam o conhecimento do processo saúde/doença. Traduzem e transmitem para os usuários saberes biomédicos absorvidos dos demais profissionais de saúde.

A princípio estas categorias até parecem convergir, constituindo uma totalidade na profissão do agente comunitário de saúde. Os próprios agentes mencionaram, em sua maioria, a realização de pelo menos duas destas “atribuições”. Mas é necessário distingui-las, pois acreditamos que elas às vezes se contradizem.

Por exemplo, a partir do momento em que são definidos como elo entre a equipe de saúde e a população, os agentes não podem atuar como educadores. Isso, evidentemente, porque estamos tratando de uma educação dominadora, na qual não existe um verdadeiro diálogo entre o saber popular e conhecimento próprio aos profissionais de saúde. E porque a idéia implícita na definição de “elo” é de que os agentes comunitários agem como mediadores que tem autonomia em relação aos dois pólos que pretendem unir.

Não ignoramos o fato de que os ACS sempre tiveram um atuação destacada no processo de humanização do atendimento em saúde. E que contribuíram significativamente para a satisfação dos usuários do PSF. Nesse sentido são capazes de trazer para a equipe as necessidades e os desejos da comunidade em relação ao funcionamento dos serviços. E esclarecer a comunidade sobre os objetivos e alcance do programa. Mas a sua capacidade de avaliar criticamente como se processa a atenção em saúde e suas implicações sobre a equipe, os serviços e a comunidade, é ainda limitada. Isso está longe de significar que os demais profissionais da equipe tenham essa compreensão mais ampla. E também não é uma referencia a ausência de compromisso do ACS com as propostas e objetivos do PSF. Diz respeito sobretudo as lacunas existentes na formação profissional deste trabalhador.

Desse modo, os agentes pendem ora para o lado da comunidade, ora para o lado da equipe. Podemos até inferir que a síntese destas oscilações resultem na configuração do trabalho genérico, de ponte entre os objetivos dos serviços prestados pelo Estado e os objetivos próprios da comunidade. Porém, a despeito das demonstrações de sensibilidade com a população que atendem, os agentes ainda interagem passivamente com a equipe e a comunidade.

Poucos agentes mencionaram o seu papel enquanto mobilizadores da comunidade, que contribuiria para a sua organização na defesa dos seus interesses. Essa

é uma das atribuições básicas do ACS segundo o Ministério da Saúde. Mas ao nosso ver é também a menos explorada. Isso provavelmente se deve ao fato de que os agentes não dominam tecnologias do que iremos chamar de “engenharia de redes sociais”. Consideramos esse campo particularmente promissor, desde que não se configure numa estratégia de “privatização” das obrigações sociais do Estado. Estamos nos referindo, portanto, a catalização de movimentos autônomos da sociedade, sobretudo na comunidade local, para o enfrentamento das situações que comprometem o bem-estar da população. Isso guardadas todas as implicações e limites referentes ao associativismo civil, especialmente no que concerne à dominação destes espaços por grupos de interesses.

No manejo das questões relacionadas com a cidadania, o entendimento que atualmente predomina no PSF é de que é possível empoderar os usuários a partir do atendimento integral e humanizado, e da criação de arenas de participação popular na fiscalização e condução das políticas públicas. O pressuposto é o de que a qualidade da assistência prestada no Saúde da Família faz com que estas pessoas reivindiquem um atendimento melhor dos demais serviços. De que o controle social exercido nos Conselhos Populares, contribui para o aumento da eficiência destes serviços, ao mesmo tempo que incentiva a participação dos cidadãos nas demais arenas decisórias. E também de que a redução da assimetria entre prestadores e usuários, através da democratização do conhecimento do processo saúde/doença, passando pela discussão dos elementos essenciais da cidadania, faz com que os usuários tenham maior autonomia, não só no diálogo com os serviços públicos reparadores mas, sobretudo, para se libertar da dependência da assistência estatal.

## **5. O PSF E O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO**

### **5.1 ENTREVISTAS COM GESTORES E EDUCADORES**

Nesta seção reunimos informações e relatos sobre a ação dos agentes comunitários obtidos em três entrevistas realizadas com coordenadoras da Secretaria Municipal de Saúde, e com uma educadora que participou do processo de seleção e do curso de profissionalização dos ACS. Todas têm ou já tiveram contato direto com as ESFs, e contribuíram significativamente para o nosso entendimento das particularidades do trabalho do agente comunitário.

Perguntamos para uma das gestoras se a divisão do atendimento, em voga nas unidades do PSF, é uma exigência do Ministério da Saúde. Ela respondeu que realização dos programas – de hipertensos e diabéticos, saúde do adulto, saúde da criança etc., não é uma exigência. Estes programas estão dentro da Atenção Básica, pois são dirigidos as patologias e grupos de risco. O maior número de atendimentos para um grupo, ou para o outro, depende exclusivamente das características da comunidade em que ele está inserido.

O parcelamento do atendimento, com um dia dedicado a cada programa, serve apenas para otimizar o trabalho, permitindo, por exemplo, a realização de atendimentos em grupo. Só que ao facilitar a dinâmica de trabalho da unidade, a população pode estar sendo prejudicada. Portanto deve ser criado um espaço para ouvir a população, o que na prática não acontece.

Um dos maiores problemas do PSF continua sendo o atendimento da demanda espontânea. Dizer que a porta de entrada do Sistema Único de Saúde é a unidade básica de saúde, no modelo tradicional ou no PSF, não corresponde à realidade. Afinal que porta de entrada é essa que fecha as 16:30 h, que aos sábados, domingos e feriados está fechada e que tem restrições de horário e de número de consultas? O Pronto Socorro se configurou como a verdadeira porta de entrada do Sistema, acolhendo sempre todas as pessoas, de uma forma ou de outra.

Para a gestora, a resolução deste problema passa pela formação dos profissionais. **A grande mudança apregoada com a implantação do PSF depende do envolvimento dos trabalhadores, do trabalho em equipe, onde um não se sobressai ao outro.** Enquanto não existir essa responsabilização, a USF não vai ser uma unidade que responda e acolha de acordo com as necessidades da população. Porque a qualidade na assistência a saúde, a sua eficácia, depende de os trabalhadores enxergarem o SUS como a sua empresa.

Perguntada sobre se a ausência de certos profissionais especializados, exames, medicamentos, não desmotivam os funcionários, ela afirma que sempre tem como conseguir vagas para as urgências. O problema é que na unidade básica, muitas vezes, não é feita a triagem dos casos, o que denota a falta de dedicação dos profissionais. E que tem aquele médico que só encaminha, quando ele poderia resolver. Então ele acaba ocupando a vaga de especialidade sem ter necessidade. E a demanda é cada vez maior.

Outro exemplo é o próprio agente comunitário. Em algumas equipes eles perderam o hábito da visita domiciliar. Ela afirma que o número de agentes é

proporcional ao número de famílias cadastradas. Portanto, eles têm sob responsabilidade, em média, de 150 a 200 famílias. Estabelecendo um teto de até dez visitas diárias, em oito horas de trabalho, dá para visitar todas. Ainda mais porque eles não gastam meia hora na visita – isso quando não se limitam a passar na frente da casa, cumprimentar e ir embora.

Sobre a proposta de profissionalização dos ACS, ela questiona como é que ficaria na hierarquia os auxiliares de enfermagem. Existe aí um problema muito burocrático em relação às quais serão as atribuições destes técnicos. Serão eles técnicos em saúde coletiva, da comunidade? Hoje um técnico de enfermagem tem que ter o nível médio. Do agente comunitário só é exigido o ensino fundamental completo. Então como é que fica isso se suas atribuições são muito específicas. É de visitar, de identificar, de conhecer e de discutir isso na equipe. Ele nunca vai agir sozinho.

A proposta de transformação do agente comunitário em técnico deve ser vista como uma reivindicação da categoria por melhor remuneração. E aí cairia um outro problema sério dentro da equipe de saúde. Porque eles teriam que ser mais remunerados do que o auxiliar de enfermagem que, no entanto, tem mais responsabilidades.

Perguntada se os agentes não estão se sentindo depreciados, por conta da saturação nas orientações que realizam nos domicílios, ela questiona se quando eles passarem a técnicos não vai ser a mesma coisa. Afinal, quais seriam as atribuições a mais? Nesse sentido ela acredita que o sonho de todos aqueles que fazem trabalho de rua é exercer serviços internos. Porque o trabalho de rua sempre é chato, cansativo e desgastante.

Ela menciona que os ACS não queriam fazer a vistoria da dengue, enquanto reclamavam por estar repetindo as mesmas orientações. Então o que isso denota: que as novas atividades deles, as atividades mais técnicas, iriam cair em não realizar as visitas domiciliares. Eles iriam trabalhar com grupos, fazer intervenções maiores? Sendo que no PSF, eles são o grande diferencial, porque estão vendo o que ocorre na casa das pessoas. Então não se pode perder isso.

Indagada se o agente comunitário não precisa ser formado para realizar um trabalho mais direcionado para a comunidade, por exemplo, no campo da assistência social, ela acredita que essa responsabilidade não é só dele. É responsabilidade da equipe como um todo. E a equipe de saúde hoje tem que ser composta por todos os outros profissionais afins necessários para viabilizar o atendimento integral em saúde. Porque a definição de saúde é o completo bem estar físico, mental e social. Então tem

que estar inserindo na equipe de saúde advogado, assistente social, engenheiro, uma série de outras coisas. E inclusive o usuário, porque é ele que vai identificar quais são as reais necessidades da população.

Sobre o rol de atribuições do ACS, admite que ele pode ser revisto, para que o agente não se sinta tão diminuído perante as outras profissões. Porém, compara o ACS com o enfermeiro que, se pudesse, faria medicina. Isso porque o médico fica menos na unidade, se envolve menos, tem menos problemas burocráticos. Nesse sentido é difícil para todos os profissionais assumir as suas funções e executá-las da melhor maneira possível.

A respeito da diminuição do número de médicos especialistas atuando na rede municipal de saúde, ela responsabiliza a própria formação destes profissionais. E o fato de que o especialista tem outras fontes de rendimento propícias para ele, já que o SUS realmente não paga bem. O ideal seria melhorar os generalistas para que se precise menos dos especialistas. Mesmo assim, admite que a demanda é extremamente reprimida nesta área.

E Araraquara é um caso a parte no cenário do SUS. Porque desde 1983 a cidade implantou o “modelo tradicional” na UBS, com as três clínicas básicas – pediatria, ginecologia e clínica geral. Então há uma dificuldade muito grande em fazer a população aceitar um médico que faça as três coisas. Desse modo não existe nenhuma perspectiva de mudar a configuração destas unidades tradicionais. O que significa que o ideal para Araraquara não é o Programa de Saúde da Família do jeito que ele foi moldado no país. O PSF precisaria ter as três clínicas básicas, os agentes comunitários e um médico de saúde comunitária para fazer as visitas, pensar na saúde como um todo e ficar na unidade o dia inteiro, inclusive fazendo o acolhimento dos pacientes. Essa é a melhor resposta para Araraquara.

Perguntada se esta proposta não afrouxaria o vínculo entre médico e paciente, ela acredita que muitos profissionais não querem esse envolvimento. Portanto não é pelo fato de ser generalista, que o médico cria laços de compromisso com a população.

Outra gestora entrevistada, que atuou como diretora de serviços de enfermagem e gerente da educação continuada, admitiu que na época em que o PSF foi implantado em Araraquara, ninguém sabia direito como funcionava o programa. Realizaram visitas a outras cidades e optaram pelo modelo implantado na cidade de Amparo. Neste primeiro momento apenas os agentes comunitários passaram por um processo seletivo. Os demais profissionais foram incorporados ao programa através da remoção. Hoje



aponta Araraquara, dentro da sua região, como uma das cidades que tem o melhor modelo, a estratégia mais adequada implantada.

Em 2000, antes de implantação da nova unidade de saúde no Vale do Sol, a Secretaria Municipal de Saúde divulgou e realizou uma reunião com a comunidade, para se decidir o funcionamento desta unidade. E a população do Vale na época fez a opção pela estratégia do PSF. Mas acha que naquele momento eles não sabiam muito sobre o que eles estavam optando.

O processo seletivo para o ACS obedeceu às normas do Ministério da Saúde: a pessoa tinha que ter no mínimo dezoito anos e morar no bairro há dois anos pelo menos, com comprovante de residência. Foi solicitado um comprovante e uma declaração de duas pessoas de que aquelas pessoas moravam lá há dois anos.

Foram realizadas entrevistas para avaliar a compreensão dos candidatos sobre as atribuições do ACS. Constataram que apenas alguns tinham idéia de que realizariam visitas domiciliares e um trabalho educativo em saúde. Na segunda seleção, realizada em 2003, foi feita a mesma pergunta para os candidatos. Para ela fez muita diferença saber que depois de três, quatro anos de funcionamento, com a instituição das visitas pelo agente comunitário, a população ainda não soubesse qual o papel do ACS. As pessoas muitas vezes não sabiam nem o nome do agente comunitário que ia a casa delas. Portanto não existia vínculo. Para **a grande maioria da população, o agente comunitário é aquele que vai a casa avisar que tem consulta e entregar guia de exame.**

No que se refere à educação permanente dos profissionais de saúde, ela menciona que a equipe responsável é pequena, composta por apenas quatro pessoas. O que é um problema, pois um dos grandes nós do serviço público é a falta de conhecimento das pessoas sobre as funções que devem desempenhar enquanto agentes públicos. E no caso da saúde, o desconhecimento sobre os princípios e diretrizes do SUS. Então as pessoas entram no serviço público, vão trabalhar no Sistema Único de Saúde, que é o grande empregador dos profissionais de saúde deste país, sem saber o que esse empregador espera do trabalho delas. E aí elas reproduzem um modelo que vem da assistência médica privada, centrada no médico, no curativo.

Ela acredita que a mudança neste processo só vai acontecer se as equipes forem trabalhadas como um todo, e preparadas para o trabalho em equipe. Porque é muito difícil um agente só, seja ele o médico, a enfermeira ou o ACS, mudar o processo de

trabalho de toda uma equipe cujos conceitos e *modus operandis* já se encontram sedimentados.

Sobre o treinamento que é dirigido especificamente às equipes de saúde da família e ACS, inicialmente a Secretaria montou cursos introdutórios para os agentes comunitários. Quando ocorreu a implantação das novas unidades em 2004, a duração da capacitação foi estendida para oitenta horas. Este treinamento envolveu todos os profissionais, embora estivesse mais voltado para o ACS. Foram trabalhados temas como trabalho em equipe e trabalho com a comunidade.

Existiu também um módulo introdutório do PSF, que era dado para a equipe toda, pelo pólo de educação em saúde da família da UFSCar. Só que eles não davam conta de treinar todo mundo. Assim, das doze equipes de Araraquara, apenas três passaram por este treinamento. Hoje, com a política de educação permanente, a Secretaria já tem condição de fazer um módulo introdutório no município mesmo para as próximas equipes que venham a ser implantadas,

Existe também o curso de formação dos agentes comunitários, que é dado pelas escolas técnicas do SUS. Então o município não precisaria estar assumindo essa formação, que adota uma metodologia padronizada no país inteiro, voltada para a profissionalização do ACS.

A enfermeira definiu o PSF como um processo de aprendizado. Comparando com o atual momento do programa com o que era feito anos atrás, ela acredita que houve uma grande evolução. Nas equipes de PSF o acesso, pelo menos o acesso a atenção básica, está garantido. Isso se tornou uma realidade na área de abrangência do PSF. A universalidade está quase que garantida na totalidade.

O desafio tem sido trabalhar o princípio da equidade, para se poder passar para a integralidade na assistência. Acredita que os profissionais e a gestão ainda não sabem trabalhar com estes conceitos.

A enfermeira entende que **o PSF é a grande estratégia para mudar o modelo de assistência e para fazer o SUS virar realidade**. E fala que desde a implantação do programa muitos secretários de saúde e prefeitos quiseram colocar pediatras e ginecologista para atender no PSF, o que descaracterizaria a estratégia e romperia o vínculo.

As equipes têm demonstrado maturidade, brigando por aquilo que acreditam ser a melhor forma de implementação. Quase a totalidade das ESFs passou por uma especialização em PSF, o que faz com elas se encontrem hoje numa situação de

independência, conseguindo trabalhar até sem uma coordenação a partir da Secretaria de Saúde.

Sobre a função do agente comunitário de saúde e as dificuldades que encontra em relação à equipe de saúde e a comunidade, ela define o ACS como um “coitado”, como um “mil e uma utilidades”. Com a formação inicial e depois de muito trabalhar, de crescer, de amadurecer, ela acha que estão buscando a identidade deles. Mas esta identidade é ainda meio confusa, tanto para ele quanto para a equipe.

Pelo fato de ser a categoria mais numerosa dentro da unidade, o ACS acaba tapando um monte de buracos. E ele acaba entrando numa crise de identidade. O discurso oficial é de que ele é o elo entre a equipe e a comunidade, mas na prática ele é usado para fazer qualquer coisa – ajudar na triagem, realizar serviços burocráticos etc.

**O agente comunitário deve ser visto como um grande educador de saúde, um mobilizador da comunidade. Ele entra dentro da casa das pessoas, ele conhece a vida delas, fala a mesma língua. Então da equipe de saúde, ele é o mais próximo de orientar, de promover, de educar.** E de ter credibilidade naquilo que ele fala. Inclusive na questão de fazer uma leitura para a equipe do que pode ser implementado na prática. Ele é um grande aliado da equipe mais técnica de saúde, no sentido de chegar perto da integralidade. Porque ele tem condições de ter uma visão do todo que muitas vezes quem tem uma formação que é biologicista, não pode.

E a população também vai aprendendo, o PSF é uma construção coletiva. Mas a princípio a comunidade vê o PSF como um “delivery da saúde”. E a culpa é dos políticos. Cada época de eleição municipal, todos os candidatos falam que vão colocar o saúde da família, que é o médico na casa. Aí quando começa o saúde da família, e não é isso, é um choque para a população. É um trauma sair de uma assistência especializada e passar para um clínico só. Com o agravante de que muitas vezes esse clínico não é bom. Porque ele também não tem na formação dele a questão de ser generalista, ou médico de família.

E existe um discurso, de que a pessoa vai ser vista como um todo, porque é um médico só. No entanto, nos PSFs os atendimentos também são divididos. Tem um dia para atender ginecologia e obstetrícia, um dia para atender hipertensão e diabetes, um dia para atender pediatria, um dia para clínica geral. Só que é o mesmo profissional, e a mesma equipe. E a população, mesmo não tendo um conhecimento técnico e científico, capta isso. Ela inconscientemente percebe que os profissionais falam uma coisa, mas fazem outra. Então se é para dividir, é melhor colocar o especialista.

A atuação da equipe é um dos grandes nós que dificulta a consolidação do PSF. No início um problema muito freqüente era que os profissionais confundiam assistência, no Saúde da Família, com promoção e prevenção. Eles não queriam dar conta do pronto atendimento. Hoje diminuiu muito, mas ainda existe esse dilema – como conciliar o pronto atendimento com o agendamento. Mas é impossível você vincular a população se na hora que ela precisa de um atendimento imediato, você a encaminha para o Pronto Socorro. O vínculo pressupõe que os usuários percebam que podem contar com a equipe, na prevenção e na assistência.

Comparando a atuação do ACS em Araraquara e no Nordeste, ela acredita que o impacto nos indicadores de saúde lá foi devido à falta de uma rede de saúde organizada. De modo que o ACS se apresentava como o único técnico da saúde. Enquanto que Araraquara, mesmo em relação aos municípios vizinhos, se destaca por ter uma das maiores de redes de serviços de saúde. Portanto aqui o PACS e o PSF melhoraram o acesso. Mas acredita que daqui para frente o impacto deve ser nos indicadores de saúde, na questão da prevenção, principalmente de doenças crônicas não transmissíveis.

Quando você coloca o ACS ao lado de médicos, enfermeiros e auxiliares ou técnicos de enfermagem, ele é o que tem menos conhecimento técnico e científico. Juntando isso com a questão da identidade, com a representação que a comunidade e a própria equipe fazem do agente – de que ele é um agendador e entregador de consultas, a tendência é que os agentes sintam-se diminuídos e ofuscados. Ela acredita que os agentes ainda vão adquirir um status diferenciado, com a população percebendo que eles são importantes agentes de transformação social. Mas isso só vai acontecer quando eles tiverem espaço para estar trabalhando estas questões.

A respeito da profissionalização do ACS, ela fala que o poder público criou a profissão de agente comunitário antes de definir o que eles vão fazer e de estabelecer como será a sua contratação. E atualmente falam em transformar o ACS em técnico, quando este profissional só tem mercado de trabalho no serviço público. Como que ele vai investir uns dois anos numa formação sabendo que mudando de bairro ele vai perder o emprego?

Ela reconhece a necessidade dos ACS receberem uma formação condizente com as suas atribuições, mas reafirma que o seu maior atributo é a identidade comunitária. Neste sentido, a obrigação do ACS residir na área de cobertura da equipe de saúde da família garante que ele realmente seja um líder naquela comunidade, que ele conheça a população. E também impede que o prefeito faça da profissão um cabide de empregos.

Entrevistamos também uma das coordenadoras do curso de profissionalização dos ACS. Ela apontou o caráter técnico do curso, que dá embasamento para o agente comunitário atuar no PSF. Contudo, disse que foram tomadas precauções para preservar no ACS uma identificação com a comunidade local, seus vínculos de pertencimento. Falou da necessidade de conservar no agente comunitário uma certa “ingenuidade”, se referindo provavelmente aos laços informais estabelecidos com os usuários. Portanto ele não pode deixar de viver a comunidade, porque é isso que lhe permite fazer o elo entre a população e a equipe de saúde.

A duração do curso foi de seis meses. A grade curricular é definida pelo Ministério da Saúde, mas existe a participação do estado e do município na definição dos temas. Primeiramente foram os professores e coordenadores que receberam um treinamento do estado sobre como realizar a estruturação do curso, dentro da proposta do MS.

A grade curricular era dividida em duas partes: uma teórica e outra prática. A prática correspondia a um estágio realizado na própria unidade de saúde. Geralmente era a enfermeira coordenadora da ESF que supervisionava estas atividades. A parte teórica era composta por duas aulas semanais com quatro horas de duração.

Ela afirma que a maioria dos agentes participou. O curso não era obrigatório, mas tratava-se de algo que seria exigido depois. Começava discutindo a questão do ACS: quem era o ACS, quem ele era antes de ser um ACS, se o que ele faz corresponde ao que o Ministério da Saúde preconiza. Também procurou esclarecer o que é o SUS, seus princípios e diretrizes. Ensinava a lidar com a família, na questão do acolhimento; esclarecia o que era importante na visita; e discutia como é trabalhar em equipe.

Ela revelou ter participado da seleção dos agentes comunitários nas primeiras equipes. Afirma que na época buscavam pessoas que se portassem como líderes, simpáticas e esclarecidas nas questões relativas à saúde. Foram aprovados os candidatos que passavam confiança, credibilidade quanto a conhecerem a realidade do bairro.

Perguntada sobre o papel do ACS, ela afirma ser imprescindível que ele more na área de cobertura do programa. Mesmo não gostando de usar o termo “elo”, acredita que ele deve ser capaz de levar o que a unidade de saúde tem, para o paciente, e trazer o que aquele paciente precisa, para a equipe. E também trazer as coisas da realidade para a unidade de saúde, os aspectos que condicionam a vida daquela população. Isso é indispensável para a realização de um atendimento mais humano e integral. O próprio

ACS deve trabalhar o conceito ampliado de saúde, mobilizando a comunidade na defesa de seus direitos.

Porém, o trabalho com a comunidade é ainda muito pouco explorado, sobretudo nas áreas urbanas. O trabalho realizado acaba se concentrado dentro das unidades. Isso ocorre por conta da grande demanda. E porque os profissionais esperam adquirir uma fórmula pronta, de como fazer isso, nos treinamentos, mas não se aventuram fora da unidade, não utilizam os espaços disponíveis na comunidade. Claro que antes precisam se organizar dentro da unidade para que isso ocorra, o que muito é difícil levando-se em conta o número de atendimentos.

Sobre a integração do ACS com os demais profissionais, no treinamento ela sentiu que a maior dificuldade está na relação com as técnicas de enfermagem. Os agentes sentem que são tratados como “garotos de recado” e que, portanto, não tem o seu papel reconhecido. Em relação às enfermeiras, ela sente que muitas profissionais acabam centralizando as decisões, sem procurar ouvir a opinião dos outros profissionais. Ela aponta a necessidade de uma coordenação dividida entre os profissionais de nível superior, como ocorre em Ribeirão Preto. Apenas em Araraquara a enfermeira é colocada como chefe, como a única coordenadora.

Outra necessidade das equipes é a formação de equipes matriciais, com psicólogos e psiquiatras, entre outros, regionalizadas, para dar suporte para os PSFs.

Sobre a integração do ACS com a comunidade, no início ela é difícil. **Porque as pessoas não aceitam que um vizinho, com o qual apenas conversavam, comece a lhes dar orientações.** Mas aos poucos a população vai reconhecendo o papel do ACS e eles acabam se tornando até amigos. Mas isso tende a ocorrer de modos diferentes, na cidade e no campo. O distanciamento entre as pessoas na cidade, mesmo quando são vizinhas, é maior. E sempre existem as famílias que só acreditam no enfermeiro ou no médico, não adianta o ACS querer orientar.

Ela diz sentir que tem umas unidades em que o agente comunitário não se sente valorizado, em que ele considera que o seu emprego não é bom. Atua como ACS mas pleiteia outras coisas, outros trabalhos. Dentre as dificuldades relatadas pelos agentes no curso, as principais seriam: o relacionamento em equipe; o trabalhar com a história da dengue; e a falta de respostas positivas para os encaminhamentos realizados para os especialistas, para as cirurgias etc.

Em relação ao PACS, ela diz ter acreditado que esta proposta era melhor do que o PSF. Porque são mais médicos, mais profissionais de enfermagem, e porque nele

existem as especialidades que a comunidade quer. Então não precisaria ficar tentando convencer a população. Mas hoje percebe que na dinâmica de trabalho deste modelo existe uma “quebra” entre a equipe de profissionais da unidade básica e os trabalhadores do PACS. A integração entre os funcionários é muito mais complicada.

Atualmente percebe que **a maior dificuldade nas equipes é desenvolver o trabalho em equipe**. Ou seja, fazer com os profissionais discutam francamente e resolvam as divergências relacionadas com o serviço, e que se comprometam, acima de tudo, em trabalhar bem.

Fica evidente nas falas destas profissionais que o maior problema do Programa de Saúde de Família ainda são os recursos humanos e a organização do atendimento. Se distanciando um pouco da visão que associa a baixa qualidade dos serviços aos poucos recursos destinados à saúde, falam da necessidade de envolvimento e compromisso dos trabalhadores e, portanto, de um espírito de empresa.

A grande discordância entre estas profissionais se refere à capacidade da estratégia do Saúde da Família melhorar a Atenção Básica. Uma das entrevistadas apontou que o PSF também limita muito o acesso da população, colocando uma série de restrições quanto a horários, número de atendimentos, residência na área abrangida pelo programa etc. Outra disse que o acesso a Atenção Básica no PSF está garantido, inclusive porque o programa pressupõe a realização de visitas domiciliares por todos os profissionais, atingindo, portanto aqueles que têm dificuldade em chegar até a unidade de saúde.

Para a primeira, não importa muito o modelo de atendimento – PSF, PACS ou CMS. O que importa é se elas estão fazendo saúde coletiva, proporcionando uma atenção básica de qualidade. O vínculo dos profissionais com o paciente é decorrência do envolvimento, do compromisso dos trabalhadores da saúde com o trabalho realizado, e não do fato de que apenas um profissional atende aquela população. A segunda acredita que o PSF pode realizar a “grande mudança”, do modelo centrado no curativo, no médico, para outro, centrado na prevenção, na promoção da saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Portanto o PSF não deve incorporar os médicos especialistas, sob o risco de se descaracterizar e o modelo que pretende mudar.

Todas acreditam que a formação técnica do ACS deve ter limites, para que não se perca o que este trabalhador tem de melhor, que a identidade com a comunidade atendida. Não podem, portanto, prescindir da atuação do agente comunitário como “elo” entre os serviços de saúde e a população. Porque é a partir das visitas domiciliares que

este trabalhador consegue passar para a equipe a dinâmica social da população, e a real situação das famílias que são atendidas.

A principal característica dos agentes é a de não conseguirem atuar sozinhos. Atualmente todas as ações que devem desenvolver pressupõe o diálogo com os demais profissionais da equipe. As enfermeiras entrevistadas temem que, com a profissionalização do ACS, este se limitem a exercer um núcleo profissional, como fazem os demais trabalhadores da saúde. O que além de promover o distanciamento da comunidade e o abandono das visitas domiciliares, pode a criar um problema a mais na consecução do trabalho em equipe.

## **5.2. ENTREVISTAS COM MÉDICOS E ENFERMEIRAS**

Pretendemos sintetizar aqui as opiniões e relatos das enfermeiras coordenadoras e médicos que atuam no PSF. Realizamos as entrevistas com os profissionais de cinco equipes, totalizando quatro médicos e cinco enfermeiras.

Dos entrevistados apenas um não teve contato com a Atenção Básica “tradicional”. Os demais puderam comparar o atendimento que era realizado antes, na CMS ou UBS, com o atualmente prestado no PSF.

As enfermeiras, sobretudo, relataram que o processo de trabalho nas unidades básicas que não adotam a estratégia do Saúde da Família, acaba se restringindo a realização de procedimentos, pela equipe de enfermagem, e em tratar a doença, no que diz respeito aos médicos. O trabalho de prevenção de doenças, de vigilância e promoção da saúde, acaba não sendo realizado. Isso ocorre por conta da enorme demanda, já que tem unidades que atendem mais de doze mil famílias. E acarreta uma baixa resolutividade porque, quando não atuam na causa da doença, fazem pessoas retornarem freqüentemente a unidade relatando as mesmas queixas. Outra razão para a ineficiência da Atenção Básica tradicional é a incorporação das especialidades médicas, o que promove a segmentação do atendimento, desviando o foco do profissional para o tratamento da moléstia, e não do indivíduo.

Nas USFs, ao contrário, a equipe trabalha com o médico generalista, que vê o paciente como um todo. A assistência propriamente dita é realizada, mas o maior enfoque é a prevenção, a redução de danos. A equipe é menor, o que permite uma integração entre os profissionais. O número de pessoas que são atendidas também obedece a um certo limite, o que desafoga os profissionais e permite a criação de vínculos da equipe com a comunidade. E o agente comunitário aparece como o maior



diferencial, identificando indivíduos em situação de risco e atuando como um elo entre o serviço de saúde e a população.

O ACS por pertencer a esta comunidade e por estar em permanente contato com as famílias nas residências e no bairro, permite que a equipe tenha um desenho mais detalhado da vida das pessoas que vivem nesta localidade. O trabalho preventivo da equipe, de educação em saúde, se estrutura em cima deste diagnóstico da realidade local.

Uma das coordenadoras reconheceu o inchaço das unidades básicas de saúde. Mas afirma que até o início da década de 90, a CMS atuava de modo efetivo na prevenção.

*Quem pegou o começo que eu peguei, é o PSF ali. Só que com três clínicas. Porque a gente fazia reunião de grupo, o médico ficava mais tempo. A gente fazia muita visita, tinha um envolvimento. Eu fazia visita no berçário, semanal. Então a gente liberava a agenda do pediatra, pra ir no CER.. Todas as crianças que não vinham na rotina de puericultura, ele via lá. E a gente chamava as mães, e orientava de higiene, de alimentação, via como o berçário funcionava, via a esterilização de mamadeiras. Então quando perguntam pra mim “a diferença é porque o centro de saúde trabalha a doença, o PSF trabalha a saúde. Hoje tá assim. (Enfermeira da Equipe 2)*

Os profissionais trabalhavam muito próximo da comunidade. Era uma área pequena, eram poucos médicos, e uma integração muito grande. Só que aí foi crescendo muito. Em meados dos anos 90 já não tinha mais que lançar nos relatórios o que se fazia por qualidade de serviço. Tudo passou a ser avaliado pela produção. Quando mais atendiam, mais recursos eram repassados pelo Ministério da Saúde. E a administração municipal pedia isso. Então se perdeu qualidade com o aumento da demanda. Mas aquele vínculo inicial com a população, o comprometimento, continuou existindo em alguns profissionais. Mesmo com a grande demanda conseguiram manter a qualidade, atendendo puericultura, realizando atendimentos de enfermagem. Mas os que entraram posteriormente começaram a se preocupar só com os procedimentos, só com o curativo, sem trabalhar a prevenção.

Algumas enfermeiras entrevistadas participaram da seleção dos agentes comunitários. Nas entrevistas dos candidatos, que acabou decidindo a ordem de classificação, buscaram pessoas que soubessem trabalhar em equipe, que já tivessem trabalhado com a comunidade, que tivessem noções de ética e que soubesse minimamente o que teriam que fazer enquanto ACS. Avaliaram também o seu conhecimento sobre o bairro, sobre a comunidade com a qual iriam trabalhar. Chegaram

até mesmo a ir à casa dos candidatos para confirmar a residência no bairro, e ver como era sua relação com os vizinhos. Elas acreditam que este processo seletivo foi bom, o que pode ser mensurado pelo fato de muitos ACS estarem trabalhando no PSF até hoje, dez anos depois.

No que se refere à aceitação do programa pela população, mencionam que a população ainda é acostumada com a parte curativista, centrada no médico. Isso fez com que grande parte da população resistisse no começo, reivindicando a incorporação das especialidades no PSF – principalmente a ginecologia e a pediatria. E as restrições quanto ao horário do atendimento e o número de vagas disponibilizados para o atendimento da demanda espontânea, era outro ponto crítico na aceitação.

Todos os profissionais disseram que hoje a situação já é bem melhor. Uma das coordenadoras chegou até a dizer que a população não aceitaria voltar para o modelo tradicional. Mas existe uma parcela da população, que eles entendem ser a minoria, que não aderiu ao programa. Duas das equipes parecem ter tido maior dificuldade neste processo, de modo que muitas pessoas que residem nas suas áreas de cobertura ainda procuram atendimento em outras unidades (falsificando o próprio endereço) ou no Pronto Socorro Municipal. Ou ainda, preferem recorrer aos convênios ou planos de saúde privados.

Uma enfermeira mencionou que a maior resistência que o PSF enfrenta hoje, vem da classe médica. Muitos profissionais incutam na cabeça da população que o médico generalista não pode atender sozinho numa unidade de saúde. Ou quando são especialistas do NGA-3, que atendem aqueles casos muito antigos, insistem continuar pedindo retornos para estes pacientes a cada dois meses, quando poderiam deixar que o médico do PSF cuidasse do caso.

O poder público também contribui para desacreditar o médico generalista, pois diversos medicamentos usados para tratar certas patologias – e geralmente são os mais caros – só são fornecidos pela prefeitura mediante a apresentação de uma receita do especialista. A solicitação de exames de alto custo como tomografias, ressonâncias etc., também compete ao médico especialista.

Sobre as dificuldades que o Saúde da Família enfrenta atualmente, duas profissionais acusaram a atual gestão de não apoiar a estratégia. Entre outras coisas, falam da ausência de uma coordenadoria do PSF na Secretaria Municipal de Saúde e da dificuldade de se conseguir coisas básicas junto à administração, como equipamentos de proteção individual (EPIs) para os ACS e alguns materiais necessários à realização das

atividades educativas. Mas a maior reclamação recaí sobre a estrutura física do PSF. Faltam salas para o acolhimento dos pacientes, para as reuniões de grupos e da própria equipe. Na há espaço para desenvolver ações que envolvam a comunidade.

Outra coisa que dificulta muito são os recursos humanos.

*Não é fator financeiro, não é o fator administrativo. É o fator humano. É a questão da vaidade. É a questão de não aceitar as diferenças. Se você não conseguir pessoas que estejam dispostas a abrir mão das suas necessidades, dessa questão de querer mandar, dessa questão de querer liderar, você não consegue montar um PSF. (Médico da Equipe 3)*

Um dos entrevistados afirmou que entre médicos e enfermeiras existe uma rixa cultural de cem anos! Na unidade básica, o médico ficava pouco tempo – fazia o que tinha que fazer, o seu serviço, e ia embora. E a enfermeira ficava o tempo todo, porque ela não tinha outro local para trabalhar. Para o médico, aquele era mais um emprego. Hoje com o PSF, existe um médico engajado oito horas por dia, em regime de dedicação exclusiva. Então ele quer participar, quer fazer parte da equipe e opinar. Só que ele não está tendo esta oportunidade, por conta de uma rivalidade histórica, cultural.

Ele admite que, pela própria formação, o médico tem dificuldade em obedecer ordens, de onde quer que ela venha. Mas para a nova realidade, para esse novo tipo de proposta de saúde que é o PSF, ele e os demais profissionais vão ter que abdicar de muita coisa. Terão que ouvir o paciente, perguntar para ele que tipo de tratamento ele quer. Ao mesmo, precisarão estar em contato permanente com o resto da equipe, realizando um trabalho integrado. No Saúde da Família não existe mais espaço para a onipotência e a prepotência. Se a atenção primária não começou, não decolou, é por conta destas questões.

As duas categorias mais sensíveis dentro de uma equipe multidisciplinar, para trabalhar a atenção primária, é o médico e o agente comunitário. Porque são as duas categorias que não tem uma formação específica. O médico teria que ter uma residência, toda uma formação direcionada para este modelo de atenção. Esses cursos ainda estão em processo de construção no Brasil. Mas até os novos profissionais que estão sendo formados cheguem, os gestores vão ter que treinar os médicos que não tiveram essa opção, essa especialização, e que querem trabalhar na atenção primária.

*Com os agentes comunitários é a mesma coisa. Eles não tem uma formação específica, eles estão jogados. Eles estão perdidos. Não tem uma estratégia, um protocolo pra seguir. A coisa tá feia pro lado deles. E pro médico também. (Médico de Equipe3)*

A equipe deveria ser uma coisa integrada. Deveria ser um lugar onde as opiniões têm peso igual. Mas como isso não acontece, o ACS fica com a auto-estima mais baixa. O próprio médico entrevistado diz ter tido uma época em que ele também não sentia segurança para trabalhar. Mas que ele foi atrás de uma especialização. Agora com os agentes é mais complicado, porque eles não têm como buscar isso sozinhos.

Perguntado sobre que tipo de treinamento deveria ser oferecido para o agente comunitário, ele citou o de detectar os principais problemas de saúde e transmitir isso para a equipe. Então eles teriam que ser treinados em detectar uma criança que está em estado de desnutrição, ou uma pessoa que está com a pressão alta. Ou um idoso que está em risco de queda dentro da casa, uma tuberculose etc.

*Então são treinamentos assim pra que você entenda o que é uma prevenção, o quê que é bater o olho numa casa e sentir que ali tem um problema e o que você pode fazer para prevenir que alguma coisa ruim possa acontecer. Isso eles deveriam ter, essa preparação.*

(Médico da Equipe 3)

Administrativamente, a formação da atenção primária em Araraquara estaria única e exclusivamente sob controle das enfermeiras. E elas não dividem isso com ninguém. Então os profissionais estão se sentindo como funcionários públicos que trabalham numa empresa e que tem que seguir as normas dessa empresa. Eles não têm condições de opinar, de dar uma sugestão, de dizer como que deve ser atendido um diabético, um hipertenso. Isso tudo vem de cima para baixo e é preciso acatar. Então é uma coisa que está muito centralizada na mão de um coordenador.

Uma enfermeira entrevistada, por outro lado, reclama da sobrecarga de atribuições. Ela tem que assumir a coordenação da unidade que, por sua vez, acaba sendo da equipe também. E o médico também faz parte da equipe. Muitas vezes o médico não aceita ser mandado ou ser dirigido por uma enfermeira. Então isso dentro da medicina é muito forte, é uma coisa generalizada. Ela teve muitos problemas com relação a isso, porque tinha que desenvolver grupo, realizar diversos trabalhos, e os médicos que vinham não tinham muito interesse nisso. Eles queriam atender, fazer os encaminhamentos, e não ter um envolvimento mais profundo com a população.

Os médicos são os profissionais mais difíceis de serem contratados. Um dos entrevistados disse que é por causa da remuneração. Como o médico do PSF deve ficar oito horas na unidade, ele é obrigado a abdicar de um tempo no qual ele poderia estar se

dedicando a atender no consultório, ou no convênio, que pagam muito melhor. Portanto, mesmo o salário do médico da família sendo diferenciado, para muitos não compensa.

Este médico também refere que, em algumas unidades, as enfermeiras discutem as condutas médicas, parecendo ignorar que ele é o profissional que persistiu mais tempo na faculdade, que estudou mais aprofundadamente. E que é difícil porque, na hora de explicar isso, muitas pessoas se sentem ofendidas. Afirma que muitas enfermeiras acham que tem condições até mesmo de consultar, sendo que não é permitido por lei.

Sobre a proposta de ofertar especialidades nas unidades de PSF, ouvimos de outro médico que a filosofia a atenção básica não é essa. Portanto, o que deve existir é uma equipe multidisciplinar única que sirva não só como porta de entrada do Sistema, mas que resolva 95% dos problemas básicos da população. Os outros 5% você tem que encaminhar para os especialistas, mas em outro local.

Aquela proposição é vista por alguns gestores como a solução para desafogar os generalistas, universalizar o acesso às especialidades e, portanto, satisfazer a população. Mas para parte dos profissionais entrevistados, a solução deve ser outra: melhorar a administração das USFs, reorganizar o trabalho. Nesse sentido, admitem a que as equipes não sabem trabalhar de modo integrado – não há acolhimento e, conseqüentemente, não se obedece a uma agenda. Hoje os profissionais se concentram na resolução dos problemas imediatos, no pronto atendimento, quando poderiam perfeitamente explicar para os usuários que ele serão agendados em um outro dia ou que não necessariamente precisam passar por uma consulta médica.

*Se você fizer reuniões com a comunidade de três em três meses, explicando as nossas metas. Eles entendem, e a qualidade aumenta. Hoje a qualidade está péssima porque você quer resolver tudo ao mesmo tempo. Então[...], a população não se importa. Porque eles querem mais é vir aqui, resolver a sua dor de cabeça e ir embora. Então você tem que jogar a batata quente na mão deles sim. Nós vamos melhorar o seu atendimento, só que você vai ter que colaborar também.[...] e perguntar o quê que precisa mudar, o quê que tá bom, quais são as sugestões. Mas isso não é feito. (Médico da Equipe 3)*

Outros profissionais afirmam que a maior dificuldade com a qual se deparam é a própria estruturação do PSF. Ou seja, existe uma sobrecarga, a demanda das famílias ainda é muito grande para que uma equipe apenas consiga resolver. Um médico, como exemplo, menciona que a população residente na área que atende corresponde a mais de mil famílias. Mas as que usam efetivamente a unidade são apenas 700. Mas quando fazem o planejamento, sabem que as outras 300 que não são matriculadas, também são

responsabilidade da equipe. Deveria ser realizado um trabalho melhor para que elas aderissem ao programa. Porém, por conta da demanda, a equipe não consegue.

*A gente tem que saber o que tá acontecendo na nossa área. Daí a gente recebe o boletim da Vigilância [Epidemiológica], ela pede: “tal dia vai ter a campanha de zero a cinco anos. A meta de vocês é vacinar quinhentas e tantas crianças.” Aí eu pego o registro do SIAB: dá quatrocentos e pouco. É errado. Se eu vacinar quatrocentos eu não estou fazendo 100%. Então você não consegue ter essa cobertura. (Enfermeira da Equipe 2)*

O atendimento da demanda espontânea, como já foi mencionado, ainda é um dos nós que no PSF comprometem a qualidade do atendimento ou que impõe sérias restrições ao acesso das pessoas. Se o número de pessoas atendidas for adequado, você consegue dar conta. Agora se o volume for excessivo, os profissionais acabam fazendo só o pronto atendimento e alguma coisa de programa, sem trabalhar a prevenção, que é o que está acontecendo hoje para a maioria dos entrevistados. Os profissionais estão sobrecarregados, não conseguem ir nas casas ver quais são as famílias de risco, as situações de prevenção que poderiam ser trabalhadas.

*Você vai saber que aconteceu alguma coisa depois né, que você já podia ter evitado. Uma enfarto, um derrame, uma criança que não está indo na escola, desnutrido. Um problema assim que poderia ter trabalhado antes, sabendo da existência. E você não sabe da existência porque ele não vem no posto. (Médico da Equipe 2)*

Perguntado sobre qual o peso do trabalho do agente comunitário nesta questão, o profissional fala que a abertura dada ao ACS pela família, a permissão dele participar da vida destas pessoas, ver como estão as condições de moradia, de higiene, de escolaridade das crianças, as vacinas etc., é um ótimo mecanismo para prevenir. Então ele encontra fatores que causam o risco e encaminha essa população para a unidade, e confere se ela veio. Isso vem funcionando, mas não satisfatoriamente pelo fato dele não estar indo em todas as casas. Portanto não é feito um trabalho de convencimento, de incentivo, para que todas as famílias participem do PSF.

A respeito do funcionamento do sistema de referência e contra-referência, todos os profissionais disseram que ele não funciona. O médico do PSF encaminha os pacientes para o especialista e não sabe qual foi o diagnóstico, quais as providências tomadas, os exames que foram solicitados etc. Um profissional sugeriu a informatização da rede de saúde em Araraquara como a melhor maneira de contornar essa situação.

Todos os entrevistados disseram realizar frequentemente atividades em grupo com os usuários – hipertensos e diabéticos, citologia, gestantes, puérperas, adolescentes,

terapia comunitária etc. Mencionaram também a realização de palestras nas escolas, a encenação de peças teatrais para crianças, a organização de grupos de ginástica e alongamento, de passeios. Citaram a presença de estagiários de vários cursos universitários – psicologia, enfermagem, medicina, nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional, que eventualmente podem estar realizando alguma atividade com a equipe. Uma das enfermeiras falou da participação de psicóloga, fisioterapeuta e educador físico na reunião do grupo de gestantes. Outras disseram ter como encaminhar os usuários para o centro de assistência social existente no bairro, que oferece curso de bordado, pintura etc.

Também realizam visitas domiciliares, que são atualmente direcionadas para os acamados. Mas falam que gostariam de realizar uma visita diferente, o que um médico chamou de “visita saúde”. Não é ir na casa da pessoa, aleatoriamente, só porque ela é acamada. É dar uma assistência constante quando for detectado que aquele indivíduo precisa de uma atenção.

De um modo geral os ACS acompanham os médicos e profissionais de enfermagem nas visitas, e participam de todas as atividades e grupos. Mas alguns profissionais disseram que falta um certo interesse dos agentes em estarem participando e propondo atividades. Entretanto, reconhecem que a população não valoriza muito a atenção prestada pelo ACS. Quando precisam esclarecer alguma dúvida ainda procuram muito mais o médico ou a enfermeira.

Uma profissional cita o caso do Nordeste. Porque lá o agente é uma pessoa muito bem vista, pois a comunidade não tinha nada. Então vai uma pessoa falar de saúde, ouvir, dar atenção e se preocupar, é uma coisa. Agora em Araraquara eles têm tudo e estão até mal acostumados. Quando querem passar com o especialista, chegam na unidade e impõe. Não se sentem responsabilizados pelo próprio bem-estar, acham que a saúde é sempre uma incumbência de uma outra pessoa, de um profissional. Nesse contexto, o ACS passa a ter um outro papel, que talvez não tenha sido incorporado ainda. E sobretudo, ser agente comunitário exige que a pessoa tenha um perfil, que se envolva, interaja com a população.

Nesse sentido ela acha que o ACS é um elo importante da equipe com a comunidade. Só que o papel dele, talvez por não existir ainda um trabalho em equipe no PSF, não está muito bem definido. Ela sente esta dificuldade porque fica parecendo que todas as sugestões dadas são uma imposição da coordenação. Ela se ressentiu pelo fato do ACS não querer participar, quando na verdade isso teria que fluir, os agentes

deveriam se propor a trabalhar com o restante da equipe em prol de um objetivo comum, que é a melhoria da qualidade de vida da população.

*Eu penso que isso ainda não funciona redondo. A gente precisa melhorar. A gente e eles, porque eu acho que eles se sentem um pouco retraídos. Eu acho que eles se sentem [...]diminuídos na equipe. E não é isso. (Enfermeira da Equipe 2)*

A maioria dos profissionais disse existir uma boa integração entre os membros da equipe. Que os agentes comunitários viveram uma fase mais crítica, de não entender o seu papel, mas que isso foi contornado. Nesse sentido eles foram adquirindo conhecimento, estão se sentindo mais seguros. Compreendem hoje a filosofia do PSF, sabem como se processa a assistência em saúde e conseguem ajudar muito mais a comunidade. Que hoje médicos e profissionais de enfermagem, apesar das divergências que sempre vão existir, trabalham em equipe. Uma enfermeira chegou a dizer que a liderança na equipe hoje é compartilhada, que todos tem o seu momento de liderança.

A boa convivência entre os profissionais tem reflexo na qualidade do atendimento. Fizeram diversas menções as ações que executam, de prevenção e promoção. Acreditam que o PSF é um aprendizado coletivo, da equipe e da população. Depois de muitos anos de atuação, dizem ter adquirido mais maturidade, estão próximos de alcançar os objetivos do Saúde da Família.

Mas também deixam transparecer que enfrentam inúmeros obstáculos. Ora culpam a comunidade, dizendo que as pessoas são refratárias às ações de prevenção e educação em saúde, ora falam que os profissionais não se envolvem, não se comprometem.

As soluções para os problemas apontados muitas vezes recaem sobre a agenda, a organização do atendimento. Nesse sentido, uma das enfermeiras fez menção a um novo sistema de agendamento de consultas, realizado quinzenalmente. Como as consultas demoram no máximo vinte dias, diminuiu a procura pelo pronto atendimento e o número de faltas. Mas em compensação, você restringe ainda mais o acesso.

Alguns médicos criticam a forma como as pessoas são atendidas, na sala de recepção. Defendem que os usuários devem ser acolhidos em uma sala reservada, onde serão realmente escutados. Grande parte dos casos poderiam ser resolvidos pela própria enfermeira, pela técnica de enfermagem e pelo agente comunitário. No entanto, todo o atendimento acaba centralizado na figura do médico. Mas devemos esclarecer que o



protocolo de atendimento para as enfermeiras é restrito. Elas não podem prescrever medicamentos para a maioria dos casos atendidos. Tem autonomia para solicitar poucos exames. Portanto, ela sempre acaba dependendo do médico.

A grande maioria dos entrevistados não quer a incorporação das clínicas médicas no PSF, temendo a descaracterização do programa, a perda do foco na atenção primária. Mas poucos fizeram menção à carência da população que atendem, o que dificulta o encaminhamento dos pacientes para serviços localizados no centro do município. Uma das enfermeiras lembrou que, na unidade básica convencional, cada profissional acaba se compartimentando na sua área de conhecimento, na sua especialidade. O clínico geral não queria atender um caso que cabia ao ginecologista, e vice-versa. A integralidade na Atenção acabava prejudicada. Mas será apenas pelo fato de ser um generalista, o médico do PSF consegue efetivamente ver o paciente como um todo?

Um dos problemas críticos hoje no sistema público de saúde é a demanda reprimida, tanto no atendimento das especialidades, quanto no número de leitos hospitalares. Um dos médicos falou que o único gastroenterologista que faz cirurgia pelo SUS está com uma lista de espera de três anos. A demora no agendamento de alguns exames pode chegar a quase dois anos. E que a ausência de condições adequadas para trabalhar, esta afugentando os profissionais da rede pública.

Devemos reconhecer que a permanência do médico em período integral na unidade de saúde favorece o diálogo com os outros profissionais, a discussão dos casos etc. Que é a diminuição do tamanho da equipe permite um planejamento de ações, a elaboração de estratégias de intervenção específicas para a sua população. Mas isso não impede a incorporação de outros profissionais à equipe – não só de médicos, mas de assistente social, psicólogo, fisioterapeuta etc.

Falam da retomada e ampliação do processo de educação continuada dos profissionais de nível superior. Ou seja, em trazer ginecologistas, pediatras e outros especialistas para a unidade, para atender junto com o médico da família e lhe transmitir os conhecimentos específicos de cada área. Mas a questão é que a agenda do generalista vai continuar lotada, já que ele vai atender as especialidades.

Outra proposta levantada é diminuir a área de abrangência dos PSF, porque uma equipe sozinha não dá conta de atender o número de famílias estipulado. Ou de instalar núcleos de especialidades, regionalizados, como retaguarda para os PSFs. Estas idéias são excelentes, mas esbarram num problema elementar, que são os poucos recursos destinados à saúde, sobretudo pela União.

Um problema levantado também foi à dificuldade em se trabalhar com duas equipes na mesma unidade de saúde. Pela falta de espaço, pelas diferenças na filosofia de trabalho e por causa das características de cada população. Nesse sentido, cada equipe acaba respondendo por duas áreas, por uma população muito maior do que a estipulada. Isso sem contar que acaba existindo uma competição entre as equipes, ou então um conflito de orientações entre as coordenações.

No que se refere ao entendimento do papel do agente comunitário de saúde, verificamos que os profissionais se dividem. Uma parte dos médicos e enfermeiras fala da necessidade de uma requalificação destes trabalhadores, para que eles possam atuar não só na busca ativa de algumas patologias, como na identificação de situações de risco. O elo criado pelo agente, neste caso, pressupõe o desenvolvimento de um trabalho mais efetivo de vigilância à saúde, de prevenção de doenças, de promoção e educação em saúde. E que os agentes possam estar resolvendo grande parte dos problemas que encontram.

Outros acreditam que os agentes já estão adequadamente habilitados para exercer as suas atribuições. Trazem para a equipe a realidade das famílias que atendem e sabem equilibrar os dois pólos relacionados com o seu trabalho – o comunitário e o institucional. Dessa forma o papel do ACS é, principalmente, atuar como um olheiro da equipe nas famílias, na comunidade. E como um ponto de apoio para as pessoas, que muitas vezes precisam desabafar ou interagir com alguém. Ou ainda, podem funcionar como um meio de convencimento da população, na aceitação dos objetivos do PSF. Mas não concebem conceder maior autonomia para os agentes.

É evidente que todos esses papéis sempre vão se confundir um pouco na atuação do agente comunitário. E os profissionais reconheceram isso. Mas o que tentamos demonstrar é que as equipes hoje têm expectativas diferentes com relação a esta atuação. Mas ainda falta identificar as representações que os agentes fazem sobre a sua ocupação.

### **5.3. ENTREVISTAS COM OS AGENTES COMUNITÁRIOS**

A maioria dos agentes comunitários entrevistados prestaram o concurso sem ter um conhecimento aprofundado sobre a profissão. Grande parte ficou sabendo do processo seletivo através de vizinhos, familiares ou pessoas próximas. O que pode significar que a administração municipal não se preocupou muito em informar a população sobre o programa, a realização do concurso e a natureza do trabalho do ACS.

Descreveram o processo seletivo, que era composto por uma prova escrita com questões de português, matemática e conhecimentos gerais, e uma redação. E pela entrevista individual, com uma banca que reunia psicólogo, enfermeiras, gestoras e no caso da primeira seleção, realizada em 2000, pela própria enfermeira coordenadora da futura equipe.

Os entrevistadores perguntaram qual seria a atitude dos candidatos diante de certas situações. O que fariam se fossem na residência de um dependente químico, se chegassem na casa e vissem uma pessoa alcoolizada. Ou se vissem uma cena de espancamento, ou ainda, se desconfiassem que uma foi criança violentada.

*Ela fez um monte de situações p'ra saber como você resolveria. Né? Ou seja, você não tinha que fazer nada na hora. Tinha que chegar na unidade e passar p'ra sua coordenadora, que é o que foi que eu respondi. E ela falou que estava certo.(ACS 1, Equipe 2)*

Também foi avaliado o conhecimento que eles tinham do bairro, há quanto anos moravam no local, como era a sua relação com a comunidade. Perguntaram sobre a religião, sobre a família, se eram casados, se pretendiam ter filhos etc.

*Porque você quer ser agente comunitário? A pergunta foi muito importante na prova. (ACS 4, equipe 2)*

Nas primeiras equipes a enfermeira foi na casa de cada candidato, comprovar se a pessoa realmente morava no bairro. Conversou também com vizinhos, pergunta como era a pessoa.

Alguns ACS disseram que o resultado da prova não foi divulgado, só o da classificação final. Outros, que ficaram sabendo que a entrevista decisiva no resultado do concurso, depois de realizado o processo. Não sabem qual critério foi usando para classificar os candidatos, qual o peso de cada etapa da seleção etc. Mas a maioria gostou do processo, achou a prova fácil e a entrevista “normal”.

Os agentes acreditam que foram selecionados porque foram capazes de identificar os aspectos bons e ruins da comunidade em que vivem.

*Porque se você tem um bairro maravilhoso p'ra que precisa de ACS lá? (ACS 2, Equipe1)*

Perguntados sobre o que o poder público e a coordenação da unidade esperam do trabalho deles, uma das agentes disse que eles devem “tapar buracos” para a Secretaria

de Saúde, fazendo o serviço de outros funcionários e remediando algumas deficiências do serviço de saúde.

*A gente é um elo. Entre a comunidade e o PSF. Então você tá aqui para apaziguar eles lá fora pra que eles cheguem na unidade entendendo o que é Programa, entendendo que eles tem que fazer a prevenção, e não vir atrás da parte curativa. Você tem essa carga... tem que passar isso pra comunidade. Agente comunitário, se ele não sabe passar isso pra comunidade, ele não tá desempenhando o seu papel corretamente, ele não está fazendo as suas visitas. (ACS 1, Equipe 3)*

Mencionaram que o Ministério da Saúde preconiza que o papel deles é: acompanhar, encaminhar e orientar. Mas que atualmente eles fazem também o cadastro único, que é registro do Ministério das pessoas recebem o Bolsa Família; a vistoria nas casas para fazer o controle da dengue; e o cadastro dos pacientes no SISVAN, para o qual precisam antes pesar e medir todos os beneficiários do Bolsa Família. E que fora isso levam os adolescentes no teatro e na faculdade, para ver oficinas e palestras com temática educativa dirigida para o público jovem.

Desabafam dizendo que tudo o que acontece com a equipe é atribuído ao trabalho que o ACS faz na comunidade.

*Se a gente não faz o trabalho lá fora “bem feito”, aí então o resto da equipe também “não pode andar porque você não fez o seu”. Aí perde um pouco essa história de equipe, né? Perde. Porque equipe trabalha todo mundo junto, em prol de uma comunidade. Aí quando falha, são os agentes comunitários. (ACS 1, Equipe 3)*

Falam que o número de famílias que atendem é muito grande, e que acumulam funções que não são suas. **Uma agente chegou a ter 240 famílias cadastradas na sua micro-área.** Mas ainda assim são cobrados para que visitem todas as casas, todas as famílias, no decorrer do mês. “Mas ninguém consegue fazer 100%. Quem diz que faz, está mentindo.” O número de dias dedicados às visitas é cada vez menor. Citaram como exemplo um mês em que conseguiram trabalhar apenas 13 dias. O resto do mês foi dedicado a preencher cadastros ou participar de cursos ou reuniões. A qualidade do atendimento prestado foi comprometida.

Perguntados sobre como é a abordagem das famílias, dos usuários, eles disseram que o abordar fica mais para as famílias que estão chegando no bairro, que não eram atendidas pelo PSF. Com as demais, que eles já acompanham há anos, não tem mais essa preocupação com o abordar, em como chegar na casa, no que falar primeiro, porque infelizmente a visita foi se tornando rotina.

Quando vão fazer o cadastro, eles procuram mostrar a diferença entre a unidade tradicional, de onde eles vieram, com o Programa de Saúde da Família. Porque é totalmente diferente. Lá eles tinham o clínico geral, o pediatra e a ginecologista; aqui eles vão ser assistidos pelo médico generalista.

Sobre o papel desempenhado pelo ACS, ouvimos ainda que:

*O agente comunitário, ele faz uma ligação entre o PSF e a unidade... a comunidade. Então a gente é os **olhos do PSF lá fora**. Muitas vezes as famílias vem aqui com problema, e quando a gente chega lá, a gente vê outra realidade, o porque que tá acontecendo aquilo. (ACS 1, Equipe3)*

Então a atribuição deles seriam observar a realidade das famílias, questões relacionadas com higiene, alimentação, vacinação etc. e discutir estes casos com a equipe. Só que isso muitas vezes não acontece, porque os profissionais não têm tempo para estarem se reunindo.

Eles acompanham os hipertensos, os diabéticos, as crianças menores de dois anos, as gestantes, as puérperas, e identificam também indivíduos em situação de risco – etilistas, tabagistas, dependentes químicos, idosos etc. Mas a visita do ACS não se limita a saber de problemas de saúde. Eles se dedicam a escutar as pessoas, ouvir seus problemas.

Enfatizam que o agente comunitário não fala de doenças, mas da prevenção. Às vezes as pessoas não sabem como prevenir ou controlar uma hipertensão. Não sabem como agir quando uma criança está com diarreia. Então cabe ao ACS informar as famílias como elas podem estar cuidado melhor da própria saúde. Falam nas residências da importância do aleitamento materno, da higiene bucal, dos cuidados com o recém nascido. Eliminam criadouros do mosquito da dengue, e orientam sobre os sintomas da doença.

Mas uma ACS lembrou que não tem como falar da prevenção, se você não falar da doença. Primeiro é explicar o que é a patologia, para depois orientar sobre como evitá-la. Ou no caso daquela pessoa que já está doente, orientar sobre a alimentação, o uso correto da medicação etc. Mas em ambos os casos, a população costuma perguntar muita coisa que o ACS não sabe responder. O procedimento então seria o agente vir se informar com os profissionais da equipe e retransmitir a informação para a pessoa. Só que isso muitas vezes não ocorre. Não só porque a equipe não se reúne com a frequência necessária, mas porque as pessoas acabam recorrendo diretamente ao médico ou a enfermeira. Com isso o agente sente que perde credibilidade com os usuários.

Outra questão mencionada em uma das equipes é que não existe uma troca de informações entre o médico e o ACS. Isso porque o ACS quase sempre conta o que viu nas casas, o que ficou sabendo a respeito daquela família, ao contrário do médico, que não compartilha o que fica sabendo dentro do consultório.

*Às vezes ele faz a orientação no consultório, na consulta, sendo que a gente podia ter dado essa orientação na casa. [...] aí é aonde acaba assim, a pessoa achando que a nossa visita até lá é inútil. É... que a gente não presta p'ra nada, digamos assim. Que a gente tá lá indo encher o saco, que nem eles costumam falar. (ACS 6, Equipe2)*

*A gente pega alguma informação, se ela p'ra gente, é porque ela confia. E a gente vai lá e passa p'ra eles. Não é informações sigilosas p'ra eles... p'ra gente também?(ACS 5, Equipe1)*

Outros agentes, entretanto, afirmam ter total liberdade para conversar com o médico, com a enfermeira. Afirmam que a integração na equipe é muito grande.

*Não tem aquela coisa de ACS só conversa com ACS, e médico só conversa com enfermeira. Se ele quer perguntar alguma coisa pra gente, ele não vai só pra enfermeira. Ele chega e pergunta pra gente. Assim como nós também. (ACS 2, Equipe 3)*

Sobre a educação continuada e os cursos de formação, afirmam que estes treinamentos não os habilitaram a trabalhar.

*O nosso treinamento foi assim basicamente um treinamento pra pessoas que não sabiam nada. Porque ninguém sabia o que era PSF. Nem que tava nos ensinando, nem nós que estávamos aprendendo.(ACS 1, Equipe4)*

*Não! Assim, teve um treinamento, foi falado de algumas doenças, assim mas bem superficial. acho que orientaram coisas que não tinha tanta necessidade. Não falou de prevenção.(ACS 1, Equipe 2)*

*É porque lá falou muito da parte técnica que cabe ao médico saber. E não o que cabe ao ACS fazer na casa. Então por isso que ficou bem vazio mesmo. (ACS 5, Equipe 2)*

Mas mencionaram outros cursos e treinamentos que fizeram, como o realizado no CEFOR, um centro de formação do SUS, e palestras que assistiram sobre DSTs, Tuberculose, etc. Disseram que até conseguem achar utilidade para algumas informações recebidas. Mas ainda sentem que precisam adquirir mais conhecimento para conseguir realizar as suas atribuições. Até mesmo porque o processo saúde/doença é dinâmico.

*Muitas vezes a gente gostaria de tá levando a prevenção de algumas doenças. Mas como a gente não tem conhecimento, a gente não teve um treinamento específico, muitas vezes a gente deixa a desejar. Muitas vezes dentro da... visita, a pessoa faz algumas perguntas que... a gente*

*não sabe responder, sobre a doença, sobre o sintoma. E aí fica meio complicado trabalhar.(ACS 3, Equipe2)*

*Eu mesmo não sabia direito o que era HPV. E tô dentro da unidade de saúde. Aí é um problema só de Secretaria de Saúde, que tá em falta? **Eu senti falha minha mesmo. Porque eu não me interessei, de procurar aqui dentro da unidade direito, porque aqui tem, o que é o HPV.**(ACS 4, Equipe 3)*

Esta fala é particularmente elucidativa sobre a situação vivida pelo agente comunitário. Após treinamentos em DSTs e cursos de formação, a ACS não assimilou muito bem o conhecimento de determinada patologia. E se culpa por isso, quando na verdade a falha foi do treinamento.

Os **vínculos** criados com as famílias são classificados como de **confiança**, e de **amizade**. As pessoas conversam com o ACS, desabafam, falam da família. São pessoas muito próximas. E quando tem alguma queixa com relação ao atendimento da unidade de saúde, é o agente que acaba escutando, porque a população acha que ele pode resolver o problema.

*Então é uma faca de dois gumes. Porque eles são os amigos, a gente tem a facilidade de entrar, mas também a gente passa a ser o bode expiatório. Qualquer coisa que acontece, cai também sobre a gente. Se você não resolver aquele problema dele do jeito que ele quer, você já não serve mais.[...] É confuso pra nós lá fora porque a gente tem duas fases com ele né, aqui dentro também porque tudo vem em cima, e lá fora.(ACS 4, Equipe3)*

A ACS revela que eles são pressionados pelos dois lados: pela comunidade, que quer o exame, a consulta, o medicamento, o encaminhamento; e pela equipe, que cobra a realização de um trabalho de convencimento com os usuários, sobre a filosofia do PSF, sobre os seus objetivos, visando reduzir a demanda.

*O nosso trabalho, é um trabalho de formiguinha né? Por mais que você é agente comunitário, você vai na casa e tente fazer a prevenção, isso não entra definitivamente na cabeça deles, que o agente comunitário tá aqui pra isso. Orientar, acompanhar e encaminhar. Eles te vê como um mil e uma utilidades. É assim que a gente é visto. (ACS 3, Equipe3)*

Os agentes acreditam que vai demorar muito para a comunidade entender realmente qual é o seu trabalho. E a culpa disso é da própria Secretaria de Saúde e dos profissionais do PSF, que sempre estão dando mais atividades para o ACS estar fazendo. Isso acaba confundindo a cabeça dos usuários, que vêem o agente como um entregador de guias de exame e de agendamentos de consulta.

Reclamam também de ter que fazer a vistoria da dengue, já que a sua função deveria ser de orientar. O trabalho de remoção de criadouros do mosquito é considerado mais invasivo e acaba afrouxando o vínculo criado com as famílias.

Falaram de situações de violência, com mulheres e crianças, que viram ou souberam ter acontecido em algumas casas. Para resolver estes casos, na maioria das vezes, eles tem que contar para a equipe e ver para onde encaminhar. Mas acreditam que a famílias não ficam com raiva, porque geralmente eles não ficam sabendo qual vai ser o procedimento adotado. E muitas denúncias podem ser feitas em anonimato.

*Você vai numa casa, mas aquela família não tá assumindo que aquela criança tá em situação de risco. Então a gente tem que fazer a denúncia, mas tem que ser no sigilo. A gente não deixa as pessoas saber pra não perder a confiança. (ACS 2, Equipe3)*

Alguns agentes enfrentam um **dilema ético**, sobre se devem ou não contar para a equipe o que vêem e o que ouvem das famílias. Enquanto que uns dizem comunicar apenas o estritamente relacionado com saúde, outros se preocupam em transmitir em detalhes a realidade observada. Mas admitem que muitas vezes a pessoa pede para não contar. Só que tem certas situações que eles se vêem obrigados a dividir com os outros profissionais, porque eles não podem resolver sozinhos.

Perguntados sobre quais as melhores e piores qualidades do seu emprego, mencionaram como positivo o vínculo, a confiança conquistada com as pessoas que atendem. E também o conhecimento adquirido que acabam usando na vida pessoal. Disseram terem crescido muito depois que entraram no PSF, por conta deste aprendizado. Podem hoje passar o que aprenderam para a família, para os amigos. O trabalho despertou neles à vontade de estudar, de alargar os horizontes.

Outro aspecto positivo é fato de poderem trabalhar no próprio bairro, perto de casa. E acreditam que a localidade mudou muito. Antes era um lugar completamente esquecido pelo poder público, sem infra-estrutura nenhuma. Hoje já não é mais assim, e acreditam que o PSF e o agente comunitário contribuíram significativa para a mudança daquele quadro. Conseguiram mobilizar a comunidade com o Orçamento Participativo. Despertaram na população à vontade de trabalhar e estudar. Mas queixam-se de que estas conquistas não são reconhecidas pela administração municipal. Que foi e continua sendo um trabalho lento, paciente, que não traz resultados imediatos.

*Daqui a vinte anos vão conseguir ver o que a gente fez hoje? Vão. (ACS 3, Equipe 3)*



Sentem-se **gratificados** quando conseguem mudar a realidade de uma família, sua qualidade de vida. E também quando fazem a pessoa entender o que é o PSF e o trabalho do agente comunitário de saúde.

O negativo é a falta de material para trabalhar, por exemplo, para imprimir folhetos explicativos. A falta dos EPIs (equipamentos de proteção individual) como bonés, chapéus, uniforme, protetor solar etc. A carência de treinamentos adequados e específicos para o ACS. Não serem valorizados pela equipe e pela comunidade. A ausência de integração na equipe e o isolamento do ACS. Trabalhar em dias muito quentes.

Falam também que a população de Araraquara é muito exigente. Era atendida em unidades de saúde que tinham vários médicos, varias especialidades. Por conta disso muitos não aceitam a proposta do PSF, que é centrada mais na prevenção, e acabam recorrendo a convênios médicos ou ao Pronto Socorro.

Perguntados sobre como pessoalmente enxergam o PSF, uns disseram que o programa é muito bom na teoria, mas que na realidade ele tem vários problemas que comprometem a qualidade do atendimento e a concretização de seus objetivos. Outros acreditam que o PSF é bem melhor do que as unidades básicas, porque o ACS traz para dentro da equipe a realidade da comunidade. Porque pressupõe a humanização do atendimento, o atendimento integral e a educação em saúde.

Sobre o entrosamento com os profissionais, dizem enfrentar algumas dificuldades por conta de que as categorias não seguem a mesma linha de trabalho. O PSF deve estar voltado para a prevenção, ao acolhimento, a criação de vínculos com os pacientes. Mas isso não vem ocorrendo, principalmente no que se aplica ao trabalho hoje realizado pelas técnicas de enfermagem. Mas às vezes as enfermeiras e médicos também pecam nesse sentido, devido à carga de trabalho e o grande fluxo de pacientes, que acaba atrapalhando. Em uma equipe os agentes reclamaram muito do médico, pois ele não está comprometido com a população - não conversa, não escuta e não examina. Falam que a equipe podia ser mais integrada e trabalhar com menos burocracia, facilitando o acesso dos usuários. E trabalhar com mais sentimento, com mais humanidade.

Nesse processo todos tem culpa: tanto o profissional que atende os pacientes com má vontade; quanto àqueles que se omitem de reclamar e aceitam que ele continue exercendo esse tipo de ação. Nesse sentido, se todos falassem mais abertamente sobre estes fatos, o problema poderia ser dirimido.

*O nosso tratamento na rua é um, é ver esse lado mais humanizado. E aí quando chega aqui, não tem às vezes esse tratamento. Então, nos criamos um vínculo com a população e que [...]esse vínculo é quebrado pelo atendimento que é feito na unidade. Pelo mau atendimento. Isso dificulta o trabalho, a aceitação do PSF, tá, e do agente comunitário. Tem muito funcionário que não acredita no Programa de Saúde da Família. Trabalha por que às vezes o salário é melhor. (ACS 5, Equipe1)*

Perguntados sobre se eles tem espaço dentro da equipe para estar discutindo questões relacionadas com o atendimento, o funcionamento da unidade de saúde, uns afirmam que sim, que tem essa prerrogativa. Outros, porém, dizem que apesar de terem liberdade para falar, são repreendidos por estarem falando.

*Fala-se que você está se fazendo ou de vítima, ou se excluindo, tomando as dores das pessoas[da comunidade]. Quer dizer, se você tá lá p'ra fazer isso, não é tomando as dores, é realmente tentando ajudar. Que acho que é o nosso serviço. (ACS 6, Equipe 2)*

Em relação às visitas domiciliares (VDs), os ACS de uma das equipes relataram que o médico está indo nas casas duas vezes por semana, para ver os acamados e orientar as famílias. Mas que as profissionais de enfermagem não estão indo nas visitas – exceto quando é preciso fazer algum procedimento, como um curativo, uma injeção, colocar um soro.

Nesse sentido, acreditam que a cobrança da visita recaí mais sobre o agente comunitário. E que isso devia mudar porque, por exemplo, quando encontram as pessoas na rua, e fazem a orientação da prevenção, isso pode ser considerado um atendimento. Ainda mais porque as pessoas na rua vão se soltar mais, conversar. Ou seja, não faz sentido você exigir que o ACS entre nas casas, todo mês, para considerar como visita.

*Com o passar dos anos, você vai sabendo o nome, fulano, filho de quem, de ciclano, onde mora, o que acontece naquela casa. Você não precisa entrar lá dentro pra orientar ela, pra ver o que tá acontecendo lá dentro. A gente sabe. (ACS 1, Equipe 3)*

Sobre a dinâmica das visitas, evitam exercer ações invasivas e impositivas.

*Porque aí você também não pode. Chegar, mudar... como a gente também não pode mudar a cultura, os vícios, e a maneiras das pessoas, a gente também não pode tirar aquela imagem que ela tem de um filho, ou de um marido. Então a gente só escuta. Só escutar. (ACS 2, Equipe 3)*

Questionam o modo como é feito o cadastramento das famílias, nas casas. Se sentiam meio que obrigando as famílias a aderirem ao PSF. Muitas pessoas, por

constrangimento, aceitavam o cadastro mas não vinham as consultas. Aí elas eram descadastradas porque nunca apareciam, ou porque não aceitavam a visita do ACS.

Reclamam muito da falta de respaldo da coordenação da unidade. Citaram situações em que o ACS, obedecendo o protocolo definido pela equipe, orientam os pacientes a proceder de um determinada maneira em relação aos serviços de saúde, para conseguir atendimento, encaminhamento etc. Mas que a enfermeira acaba abrindo “exceções” que dão a entender para a usuário que o agente comunitário orientou errado ou que não queria que ele fosse atendido.

Outro exemplo são as palestras e grupos organizados pelo ACS fora da unidade. Já aconteceu de não aparecer ninguém da enfermagem para ajudar ou mesmo para assistir. Os agentes tem impressão de que existem profissionais na equipe que não querem que eles se destaquem, que acham que eles devem ocupar uma lugar secundário.

No atendimento das famílias, se vêem como psicólogos, assistentes sociais. Mas dizem não terem sido capacitados, que não tem subsídios para isso. As ações que desenvolvem nestas áreas foram moldadas na prática. Reclamam do desgaste emocional da profissão. Dizem precisar de um suporte psicológico, pois tem contato com problemas sociais sérios e que não conseguem resolver. Desenvolvem, portanto um sentimento de **impotência**.

Falaram sobre como é importante realizar reuniões com a comunidade, explicando o que é o Programa de Saúde da Família, seus objetivos, e também ouvindo a opinião das pessoas, suas sugestões, suas críticas. Mas questionaram porque isso não é feito. Ainda mais porque acreditam que o PSF foi “jogado” na comunidade – a implantação do programa foi aprovada numa reunião esvaziada e sem discussão.

No tocante ao seu papel, os agentes comunitários são unânimes em dizer que são o elo entre a comunidade e a equipe de saúde. Trazem para dentro da unidade de saúde a realidade das pessoas da comunidade ao mesmo tempo em que traduzem para a população a dinâmica dos serviços de saúde, levando informação e conhecimento.

Mas esta definição de “elo” é muito imprecisa. Toda e qualquer atividade realizada pelo ACS é classificada nesse sentido. Quando faz orientações em saúde, quando informa a equipe de aspectos relacionados à vida pessoal das famílias e quando atuam consolando as pessoas. Mas já apontamos que a idéia implícita no conceito é de mediação, ou seja, de que o agente não pertence totalmente a nenhum dos dois pólos que pretende unir.

A partir da fala dos agentes percebemos que eles ainda interagem passivamente com a comunidade e com a equipe. Isso acontece porque o agente comunitário não recebeu uma formação que lhe permita “traduzir” a dinâmica social da comunidade e nem mesmo das famílias. E até mesmo no que se refere a acompanhar, orientar e encaminhar, eles revelaram sentir alguma dificuldade.

Podemos até conceber que o vínculo de compromisso e solidariedade com as famílias fazem o agente interceder em favor delas junto aos profissionais. E que isso contribuiu para a humanização do atendimento. Mas os próprios ACS disseram que são severamente criticados quando “pendem” para o lado da população. E que o seu ingresso efetivo na equipe é condicionado, de certo modo, ao abandono destes vínculos.

Nesse sentido, o ACS deve apaziguar a comunidade, explicando o funcionamento do programa e defendendo a proposta do PSF. Trata-se de um processo de doutrinação que se distancia muito do que é preconizado a respeito da existência de um verdadeiro diálogo entre os serviço de saúde e a população.

A visita do ACS deveria, fundamentalmente, favorecer a coleta de informações que permitissem a realização diagnóstico da população e um planejamento de ações visando melhorar a qualidade de vida da comunidade. Mas isso não acontece. Uma das razões é a o número excessivo de famílias e a enorme demanda desta população por atendimentos, consultas, etc., o que deixa pouco tempo livre para os profissionais se reunirem.

Mas a principal razão está na organização do trabalho da equipe e, principalmente, na forma como alguns profissionais conceituam o trabalho do ACS. Para estes, o agente deve basicamente acompanhar aqueles pacientes que já desenvolveram doenças crônicas como hipertensão e diabetes, alguns grupos de risco como gestantes e crianças menores de dois anos e encaminhar os demais casos. E dentro do possível, realizar algumas orientações mais gerais com respeito à alimentação saudável, atividade física, sexualidade na adolescência etc. Mas não referem, por exemplo, ser necessário qualificar este trabalhador para estar identificando indivíduos em situação de risco ou habilitá-lo a resolver alguns casos.

Seguindo esta lógica, os ACS se definem como os “olhos” do PSF nas casas, na comunidade. Mas ao mesmo tempo, muitos relatam que não conseguem discutir os casos encontrados dentro da equipe e que, portanto, não conseguem resolvê-los. Desse modo, sentem que o grande problema é a falta de integração entre os profissionais, a ausência de um trabalho em equipe.

Mas é questão de se perguntar até que ponto os profissionais de saúde reúnem condições de estarem resolvendo todos estes casos, e até mesmo se estão habilitados para referenciá-los. E o trabalho em equipe, apesar de ser apresentado como panacéia para os problemas dos serviços de saúde, é um poderoso mecanismo de individualização do trabalhador. Dissolvendo os laços de compromisso e lealdade entre os empregados e promovendo a competição em prol de um “objetivo comum”, o trabalho em equipe é contraproducente no serviço público. Isso porque ele não se aplica a funcionários que pretendem se fixar no local de trabalho e que gozam de relativa autonomia.

Quando condenam a existência de divisões internas dentro da equipe, a falta de comprometimento dos profissionais com o trabalho realizado, e se responsabilizam pelo fracasso da equipe, os agentes dão mostras de que incorporam a filosofia do trabalho flexível. Mas isso fica ainda mais patente quando ouvimos que no PSF todos tem o mesmo valor, tem liberdade para se expressar, que não existe apenas uma pessoa no comando.

Sobre a qualidade do atendimento, o provimento de uma assistência integral e humanizada, já fizemos menção ao fato de que o ACS ressoa dentro da equipe os desejos e necessidades da comunidade. Resguardados os limites impostos a esta solidarização, é bem provável que a população saia beneficiada. Do mesmo modo, a disputa dos profissionais por prestígio com os usuários, que se torna mais acirrada quando a população é menor - e a criação de vínculos com a comunidade se torna possível, pode resultar ironicamente na melhoria do atendimento.

Mas é preciso distinguir este vínculo utilitário dos verdadeiros laços de compromisso e solidariedade. Porque quando falamos em atendimento humanizado, podemos tanto nos referir ao tratamento que busca satisfazer ou desarmar o usuário, quanto ao que manifesta compromisso com esta pessoa. Ambos, em tese, empoderam os cidadãos, promovem neles um senso de respeito próprio. Mas acreditamos que um agente público jamais pode abdicar das prerrogativas que lhe cabe, que são: informar ao usuário seus direitos, e aonde e como reivindicá-los; e expor para a população as carências e problemas existentes no setor público e como isso afeta o seu atendimento. Mas devemos reconhecer que em algumas situações não podem proceder assim.

Os agentes comunitários reclamam por receber várias atribuições extras, que comprometem a qualidade das visitas domiciliares e desqualificam o seu trabalho. Essa natureza contingente do seu trabalho é um dos elementos que nos permite classificar a

sua ocupação como flexível. Outro é a natureza relacional do trabalho que é voltado para criação de vínculos.

Os laços que unem o ACS à população são, até certo ponto, intrínsecos, trazem o sentido do pertencimento. Mas estão também relacionados à facilidade do ACS em se comunicar e ao seu perfil de liderança, aspectos avaliados quando foram selecionados. Em ambos os sentidos constituem um “capital social” que lhe permite usufruir das redes sociais que existem na comunidade.

Alguns agentes falaram também do lado político do seu trabalho, que envolve a mobilização da comunidade para a melhoria das condições de vida no bairro. A participação em arenas decisórias como o Orçamento Participativo. O trabalho conjunto com organizações não governamentais e o incentivo à criação de novas associações. Mas pelas entrevistas que realizamos podemos dizer que este trabalho ainda é incipiente e esporádico, na grande maioria das equipes.

Sobre como se sentem em relação ao trabalho, os ACS mencionaram tanto a gratificação e o crescimento pessoal, quanto à impotência e a não valorização. A gratificação é alcançada quando conseguem ajudar as pessoas, quando percebem que uma família reconhece a importância do seu trabalho. A crescimento pessoal está, entre outras coisas, no conhecimento que adquiriram e em terem emprego estável, com carteira assinada.

O sentimento de impotência é experimentando na convivência com as famílias, que não conseguem ou não podem ajudar. Fizeram relatos de vários casos de violência doméstica, de idosos que são abandonados pela família, de alcoolismo, de miséria etc. A não valorização parte, sobretudo, dos outros membros da equipe. Reclamam da falta de respaldo do poder público e da coordenação da unidade, da maneira desrespeitosa com que são tratados, e de que a própria equipe não reconhece o papel do ACS.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A utilização do trabalho do ACS e o modelo de atendimento preconizado com o PSF são apresentados como solução para os problemas existentes no Sistema Único de Saúde. Criou-se em torno deste programa uma grande expectativa no que diz respeito ao seu impacto positivo sobre: os indicadores de saúde do município, a resolutividade dos problemas de saúde dos usuários dentro da Atenção Básica, a integração e eficiência dos serviços, a qualidade do atendimento, a satisfação da população com a saúde pública, a valorização e envolvimento dos profissionais, a participação popular no planejamento,

fiscalização e condução do atendimento em saúde, o desenvolvimento de atividades preventivas e de promoção da saúde, a efetiva universalização do SUS sob os princípios da integralidade e equidade.

Acreditamos que estas expectativas são tão exageradas que acabam comprometendo a qualidade do trabalho executado. A cobrança exercida de um lado por gestores, educadores e especialistas da saúde pública, e do outro pela própria população usuária, colocam os profissionais do PSF em uma situação delicada. Aqueles acreditam que o PSF pode resolver 85% das queixas da população, número que independe do tamanho da área coberta, das características das populações, da infra-estrutura da unidade de saúde e do tamanho e constituição da equipe. Os usuários por sua vez, estão acostumados com serviços de saúde estruturados na oferta de pronto atendimento e especialidades clínicas, com um atendimento centrado na figura do médico, na realização de procedimentos de caráter curativo e no tratamento medicamentoso. Dessa forma, demandam um número de atendimentos que a unidade de saúde não consegue suprir.

A maioria dos profissionais de saúde entrevistados que atuam no PSF apontam as vantagens do Saúde da Família sobre o modelo convencional em vigor nas Centros Municipais de Saúde (CMS). Na opinião destes a diminuição na área de cobertura, a atuação do agente comunitário, o trabalho do médico “generalista” ou comunitário, o trabalho em equipe e a integração entre os profissionais, a realização de intervenções no domicílio ou na unidade de saúde, individuais e em grupo, voltadas a um trabalho preventivo e educativo em saúde, são as maiores virtudes do PSF. As maiores dificuldades são a demanda ainda excessiva, a infra-estrutura inadequada a atendimentos em grupo e ao acolhimento dos pacientes, o número reduzido de profissionais, a falta de engajamento de alguns membros da equipe, as disputas por poder, a formação ainda incompleta de alguns trabalhadores, a reduzida integração entre a Atenção Básica e os demais serviços, a dificuldade em se referenciar os pacientes para atendimentos especializados.

É inegável que o Saúde da Família trouxe melhorias para o atendimento público em saúde. Mas não podemos esquecer que na maioria das equipes a integração entre os profissionais, a valorização do ACS, a participação popular no programa e a realização de ações com a comunidade, deixam muito a desejar.

Os problemas são inúmeros, a começar pelo número excessivo de famílias atendidas. Mesmo aquelas equipes que tem um número de usuários cadastrados abaixo

do recomendado pelo Ministério da Saúde, têm muita dificuldade em conciliar o trabalho preventivo, de educação em saúde e saúde comunitária, com o atendimento clínico, inclusive da demanda espontânea.

Muitos profissionais criticam a forma como é organizado o trabalho no PSF. A começar pelo acolhimento dos pacientes, que geralmente é feito na entrada da unidade, e não num lugar mais reservado. Apontam que assim os profissionais demonstram desinteresse em ouvir as pessoas, em perguntar o que elas precisam. O que faz com que o atendimento da população se centralize num único profissional, no médico. Como a demanda não pára de crescer, a qualidade só faz diminuir.

Os gestores também afirmam ser o fator humano, a falta de envolvimento dos trabalhadores da saúde, o principal problema do PSF. Essa falha vem da formação dos profissionais, que não sabem o que o SUS espera deles. Mas também é decorrência da sedimentação de conceitos e práticas absorvidas da assistência em saúde privada, centrada no atendimento médico, no hospital, no curativo. A saída seria promover uma mudança na estrutura da educação universitária, que precisa se voltar para a formação de profissionais de saúde pública. E o investimento na educação continuada dos trabalhadores do saúde, que visa esclarecer os princípios e diretrizes do SUS e desenvolver a concepção de trabalho em equipe, entre outras coisas.

A rivalidade histórica entre médicos e enfermeiras se faz presente, com aqueles defendendo a autonomia da profissão e querendo uma maior inserção dentro na equipe; e com estas brigando para sustentar a posição que lhes cabe, de chefia, ao mesmo tempo em que querem restringir a autonomia do médico em diagnosticar e tratar. Para ambos, no entanto, à vontade de mandar, a prepotência, precisam ser banidas do trabalho na saúde. Essa é a principal condição para consolidar um modelo de saúde mais resolutivo.

A dificuldade em encaminhar os usuários para os serviços especializados, a demora no agendamento de exames e consultas, a carência de insumos básicos, compromete o trabalho do PSF e a credibilidade dos profissionais. Fica muito difícil para a equipe argumentar que eles estão ali para resolver o problema da pessoa, ver ela como um todo, se ela tiver que esperar dois anos para fazer um ultra-som transvaginal ou três anos para fazer uma cirurgia de hérnia.

A população é refratária às ações preventivas em saúde. Claro que muitas pessoas participam dos grupos, das palestras e valorizam o trabalho do ACS. Mas em geral entendem que tem o direito de recorrer apenas ao pronto atendimento. Ou de optar pelo atendimento com os especialistas, e não só com o médico generalista. Como a



proposta do PSF choca-se com estes desejos da população, inclusive exigindo algumas contrapartidas dos usuários, sempre existiu uma certa resistência ao programa.

Porque a concepção do PSF é de que todos que chegam à unidade devem ser acolhidos pela equipe. Mas simultaneamente todos são chamados a assumir mais responsabilidade por sua saúde. Devem receber a visita do ACS, se prontificar a participar das atividades educativas em grupo, comparecer nas consultas e atendimentos de enfermagem de rotina. Mas além disso, devem reconhecer que o direito a assistência não exclui o dever de ser solidário, pois no exato momento em que recorreram à unidade de saúde, podem existir pessoas ali que precisam muito mais daquele atendimento. E entender que o médico generalista só vai encaminhá-los para as especialidades quando for necessário, e não por que eles desejam.

Por outro lado, não se pode “estigmatizar” o pronto atendimento. Primeiro porque ninguém recorre a uma unidade de saúde sem motivo. Em segundo, porque do ponto de vista do usuário este tipo de atenção é muito importante. Nesse sentido, o entendimento do paciente sobre a saúde, e suas necessidades concretas, devem sempre ser ouvidas, identificadas e respeitadas.

Portanto, para o PSF configurar a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, é preciso responder pelo pronto atendimento e de preferência em período integral. Se essa atenção pode ser dada por todos os profissionais, só os médicos tem a atribuição de diagnosticar e tratar. Ou seja, a equipe tem que recorrer ao médico na maioria das situações. Claro que isso pode ser feito mediante o agendamento de consulta. Mas não existe agenda hoje que consiga suprir a demanda por atendimento nas áreas cobertas pelo PSF.

A percepção deste quadro deu origem a várias propostas de reformulação do programa. Uma fala em diminuir as áreas de cobertura com a implantação de mais equipes do PSF. Outra propõe a incorporação de outro médico nas equipes para atender a demanda espontânea. Uma terceira proposta fala em incorporar um pediatra e um ginecologista nas ESFs

Esta terceira opção nos consideramos particularmente adequada. Primeiro porque as chances de se conseguir universalizar o PSF na forma como ele está hoje, em Araraquara, é praticamente nula. Isso é ruim para o programa, porque passa a impressão de que se trata de uma estratégia de atendimento voltada para “pobres”. Com a incorporação das especialidades, você equipararia todas as unidades e supriria a demanda de atendimento nos PSFs. Em segundo, porque o médico generalista ou

comunitário, poderia trabalhar mais estreitamente com os ACS, desenvolvendo ações voltadas à identificação dos fatores de risco na comunidade, a educação em saúde, a promoção da cidadania, visando um maior envolvimento da comunidade com a política de saúde.

Caso o PSF sofra essa mudança, não acreditamos que os vínculos dos profissionais com a comunidade seriam rompidos, desde que a população coberta respeite o teto estabelecido pelo Ministério da Saúde, que é de 4 mil pessoas por equipe. Por causa da estrutura física das unidades, não seria mais possível colocar duas equipes no mesmo prédio. O que para a comunidade seria excelente, porque cada equipe seria localizada no bairro que atende. E para as equipes também seria muito bom, porque muitos profissionais reclamam que hoje existe uma certa competição e sobrecarga de trabalho quando duas equipes atuam juntas.

É preciso reconhecer que a integração entre os profissionais, que já difícil numa equipe mínima, pode tornar-se ainda mais complicada com incorporação de mais médicos e outros profissionais. Mas estes problemas podem ser contornados. O pediatra e o ginecologista podem atender as especialidades em alguns dias da semana, e nos outros dias atuar lado a lado com o generalista, fazendo a educação continuada.

Cabe destacar também a necessidade de se incorporar um assistente social nas equipes do PSF. Como ficou patente nas falas dos ACS, eles não sabem como lidar com certos problemas sociais com os quais se deparam. Duvidamos que os profissionais de saúde consigam resolver ou mesmo referenciar muitos destes casos. No mais, a assistente social pode auxiliar os ACS na identificação de situações de risco e capacitá-lo para resolver alguns casos. E elaborar, em conjunto com a equipe, projetos de promoção da cidadania que contemplem a dinâmica social da comunidade.

Sobre o ACS, não concordamos com a tese de que a profissionalização dos agentes tende a promover o seu afastamento da comunidade. Isso porque os vínculos criados atualmente com os usuários não respondem pela principal atribuição do ACS: ser um elo entre a população e os serviços públicos. Os agentes trazem para a equipe aspectos da vida das pessoas, que nem sempre conseguem interpretar. Prestam um relevante serviço de apoio psicológico e emocional nas famílias que visitam, o que para eles é muito gratificante, mas que é pouco efetivo na transformação desta realidade. Fazem um trabalho de educação em saúde que não alcança a maioria das famílias.

Portanto, se os vínculos com a comunidade dão ao agente um status diferenciado, e respondem ao interesse da equipe de saúde em convencer população a

aceitar o programa, eles também são a justificativa para negar ao ACS uma formação técnica e um núcleo profissional. A papel ambíguo do ACS no Saúde da Família é explorado tanto pelos profissionais de saúde, que não querem dividir o seu campo com outros profissionais, e que nesse sentido podem usar o agente comunitário para realizar tarefas subalternas e inexpressivas, quanto pelo poder público, que vê o ACS como um meio de projeção política e de viabilização de estratégias de atendimento em saúde que se destacam pelo baixo custo e pela eficiência no enfrentamento de doenças prevalentes.

Nesse sentido, defendemos uma profissionalização multidisciplinar do agente comunitário que englobe uma dimensão política, de mobilização da comunidade e promoção da cidadania; uma dimensão técnica, para a identificação de situações de risco e educação em saúde; e a dimensão da assistência social propriamente dita.

A profissionalização do ACS é atualmente uma das principais reivindicações das entidades representativas dos agentes comunitários de saúde. Com a regressão da precarização do trabalho do ACS, o foco destas associações está desviando-se para as questões que afetam internamente o seu trabalho. Pretendemos continuar este trabalho de pesquisa investigando o peso político destas entidades, as estratégias que utilizam na representação dos interesses da categoria, e em que medida estas pautas realmente refletem os interesses dos ACS.

## ANEXOS

### I. TABELAS

**Tabela 7 : modalidades de contratação dos agentes comunitários que atuam nas ESFs, por unidade federativa.**

Unidade da Federação	Nº total	Tipo de vínculo contratual									
		Estatutário	CLT	Contrato temporário	Comissionado	Bolsa	Prestação de serviços	Cooperado	Contrato informal	Outro	Contrato Verbal
Rondônia	84	22,6	17,9	29,8	3,6	-	13,1	-	10,7	-	2,4
Acre	68	1,5	-	29,4	-	19,1	7,4	11,8	30,9	-	-
Amazonas	263	-	3,4	59,3	2,7	0,8	4,9	-	23,6	-	5,3
Roraima	62	-	72,6	3,2	-	-	-	-	22,6	-	1,6
Pará	322	0,9	23,0	25,5	2,2	5,0	5,9	-	30,7	1,9	5,0
Amapá	24	-	-	-	-	-	-	-	100,0	-	-
Tocantins	196	6,1	3,1	67,9	3,6	-	10,7	-	7,1	-	1,5
Maranhão	229	-	8,7	3,5	2,6	55,5	8,3	0,4	14,0	7,0	-
Piauí	422	0,2	16,6	1,7	-	13,3	64,5	-	3,8	-	-
Ceará	1.155	5,1	42,0	11,8	0,1	4,6	9,1	2,3	15,9	5,3	3,8
Rio Grande do Norte	405	3,0	1,5	23,2	0,5	16,8	11,9	-	37,3	-	5,9
Paraná	553	0,4	0,2	3,1	0,2	47,9	16,1	-	21,7	10,5	-
Pernambuco	1.098	1,6	8,5	47,4	6,7	2,9	6,2	9,2	10,8	4,5	2,2
Alagoas	481	13,3	2,1	7,3	0,8	6,9	12,7	-	-	57,0	-
Sergipe	286	1,0	1,0	38,1	5,6	-	30,4	22,4	-	1,4	-
Bahia	649	1,5	8,5	28,7	2,6	6,3	20,5	2,9	14,2	3,7	11,1
Minas Gerais	1.774	8,6	20,1	38,8	5,7	0,1	3,6	1,1	18,9	2,0	1,1
Espírito Santo	302	0,3	32,8	49,0	3,6	4,3	0,7	6,3	-	3,0	-
Rio de Janeiro	713	2,2	18,4	53,2	1,7	-	6,9	10,8	5,2	0,3	1,4
São Paulo	1.034	6,0	63,1	19,0	2,2	0,6	4,1	0,2	0,7	4,3	-
Paraná	779	11,7	44,3	23,7	3,7	0,3	5,9	0,3	1,8	8,3	-
Santa Catarina	720	3,1	32,4	37,8	3,8	0,1	6,0	10,1	3,2	2,5	1,1
Rio Grande do Sul	378	2,1	53,7	25,1	1,9	-	3,7	9,3	1,3	2,9	-
Mato Grosso do Sul	157	1,3	0,6	33,1	52,2	-	12,1	-	-	-	0,6
Mato Grosso	323	5,0	8,0	46,1	7,1	0,6	18,6	0,3	8,7	0,6	5,0
Goiás	666	0,5	13,2	43,8	4,2	-	37,1	-	0,2	1,1	-
Distrito Federal	55	-	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Brasil</b>	<b>13.198</b>	<b>4,4</b>	<b>23,3</b>	<b>30,2</b>	<b>3,7</b>	<b>5,5</b>	<b>11,6</b>	<b>3,4</b>	<b>10,7</b>	<b>5,2</b>	<b>1,9</b>

Fonte: Avaliação Normativa do PSF, 1994.

**Tabela 8 : modalidades de contratação das enfermeiras que atuam nas ESFs, por unidade federativa.**

Unidade da Federação	N.º total	Tipo de vínculo contratual									
		Estatutário	CLT	Contrato temporário	Cargo Comissionado	Bolsa	Prestação de serviços	Cooperado	Contrato informal	Outro	Contrato Verbal
Rondônia	74	64,9	9,5	10,8	-	-	10,8	-	2,7	1,4	-
Acre	62	14,5	1,6	41,9	-	4,8	-	8,1	29,0	-	-
Amazonas	253	7,1	2,0	67,2	1,2	-	7,1	-	11,9	0,4	3,2
Roraima	61	-	-	1,6	-	-	-	-	91,8	-	6,6
Pará	303	8,3	20,8	26,4	2,3	-	7,9	-	24,4	3,0	6,9
Amapá	24	-	-	-	-	-	-	-	100,0	-	-
Tocantins	187	37,4	-	48,1	1,6	-	8,0	-	4,3	-	0,5
Maranhão	213	1,4	0,5	50,7	1,4	-	14,6	-	16,0	15,5	-
Piauí	404	2,7	0,2	11,4	13,1	-	69,1	-	3,5	-	-
Ceará	1.129	9,4	1,9	24,2	8,9	-	25,5	15,5	11,4	1,8	1,4
Rio Grande do Norte	387	25,1	0,8	20,9	4,4	0,3	9,6	-	31,8	1,8	5,4
Paraíba	541	7,8	4,6	44,4	1,3	-	17,0	-	22,7	2,2	-
Pernambuco	1.074	4,6	6,3	54,7	0,7	-	4,9	7,6	16,0	1,4	3,7
Alagoas	423	18,9	1,7	7,3	0,9	-	10,9	-	-	60,3	-
Sergipe	273	13,2	0,7	37,7	1,5	-	29,3	14,3	-	3,3	-
Bahia	609	9,0	5,6	28,6	6,6	-	24,3	2,6	14,0	1,8	7,6
Minas Gerais	1.634	21,4	7,0	37,8	6,6	0,1	8,4	1,2	14,6	1,7	1,2
Espírito Santo	280	8,6	17,1	49,6	4,6	4,6	2,9	11,1	-	-	1,4
Rio de Janeiro	684	12,1	15,5	48,4	2,2	-	9,1	9,4	2,0	-	1,3
São Paulo	973	11,6	61,9	17,4	2,8	-	2,3	0,3	1,0	2,8	-
Paraná	750	38,0	18,7	18,5	6,5	-	9,1	0,3	4,8	4,1	-
Santa Catarina	686	27,7	17,6	36,2	4,4	-	6,4	2,6	1,9	2,2	1,0
Rio Grande do Sul	366	24,6	41,3	19,1	4,1	-	4,6	4,1	0,5	1,6	-
Mato Grosso do Sul	151	27,8	1,3	37,7	15,9	-	11,3	-	0,7	0,7	4,6
Mato Grosso	296	20,6	6,1	41,9	9,1	-	11,5	0,3	7,4	0,7	2,4
Goiás	601	2,0	12,1	47,9	0,3	0,3	35,9	-	0,3	1,0	-
Distrito Federal	54	-	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Brasil	12.492	15,2	13,4	33,6	4,5	0,2	14,0	3,8	9,8	3,9	1,7

**Fonte: Avaliação Normativa do PSF. 1994.**

**Tabela 9 : modalidades de contratação das auxiliares de enfermagem que atuam nas ESFs, por unidade federativa.**

Unidade da Federação	Nº total	Tipo de vínculo contratual												
		Estatutário	CLT	Contrato temporário	Comissionado	Bolsa	Prestação de serviços	Cooperado	Contrato informal	Outro	Contrato Verbal			
Rondônia	79	70,9	15,2	10,1	1,3	-	1,3	-	1,3	-	-	-	-	-
Acre	66	18,2	-	36,4	-	-	7,6	4,5	33,3	-	-	-	-	-
Amazonas	238	22,3	1,7	48,7	1,3	-	7,6	-	16,4	-	-	-	2,1	2,1
Roraima	58	-	-	1,7	-	-	-	-	89,7	-	-	-	-	8,6
Pará	324	23,8	20,1	22,8	2,2	-	3,7	-	21,3	1,5	1,5	4,6	4,6	4,6
Amapá	24	-	-	-	-	-	-	-	100,0	-	-	-	-	-
Tocantins	194	45,9	-	38,7	0,5	-	6,7	-	6,2	0,5	0,5	1,5	1,5	1,5
Maranhão	211	26,5	0,5	35,1	0,9	0,5	14,2	-	10,9	11,4	-	-	-	-
Piauí	406	21,9	3,9	7,6	1,2	-	60,3	-	4,9	-	-	-	-	-
Ceará	1.127	43,6	6,6	20,1	0,3	0,1	12,1	10,5	4,7	1,4	0,7	0,7	0,7	0,7
Rio Grande do Norte	399	35,3	3,3	19,0	4,5	-	7,8	-	25,8	0,5	3,8	3,8	3,8	3,8
Paraíba	547	22,5	8,0	34,6	0,7	0,5	12,8	0,2	17,0	3,7	-	-	-	-
Pernambuco	1.102	13,5	6,4	48,9	1,1	0,1	4,0	7,1	14,2	1,5	3,3	3,3	3,3	3,3
Alagoas	464	37,7	2,4	6,7	-	-	7,1	-	-	46,1	-	-	-	-
Sergipe	270	14,8	0,4	34,1	2,2	-	31,1	13,7	-	3,7	-	-	-	-
Bahia	643	40,6	7,9	20,2	2,5	0,2	11,2	3,3	8,7	0,9	4,5	4,5	4,5	4,5
Minas Gerais	1.735	36,0	9,2	29,7	3,8	-	4,3	1,0	14,2	1,0	0,7	0,7	0,7	0,7
Espírito Santo	296	19,3	16,6	50,7	2,7	4,4	2,4	3,4	-	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Rio de Janeiro	706	24,2	14,3	43,5	2,3	-	5,4	8,2	0,8	-	1,3	1,3	1,3	1,3
São Paulo	1.014	19,2	59,1	14,6	2,1	0,1	1,2	0,4	0,4	3,0	-	-	-	-
Paraná	795	62,9	15,8	7,2	3,5	0,1	3,8	-	2,1	4,5	-	-	-	-
Santa Catarina	725	42,6	16,0	27,7	4,3	0,3	2,8	1,8	2,9	1,4	0,3	0,3	0,3	0,3
Rio Grande do Sul	379	44,1	34,0	12,4	1,8	-	2,1	2,9	0,8	1,8	-	-	-	-
Mato Grosso do Sul	164	51,2	3,7	27,4	12,8	-	3,7	-	0,6	-	0,6	0,6	0,6	0,6
Mato Grosso	318	53,8	5,0	20,8	5,3	-	8,2	-	6,0	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Goiás	631	11,9	10,8	44,4	1,3	-	30,7	-	-	1,0	-	-	-	-
Distrito Federal	54	-	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Brasil</b>	<b>12.969</b>	<b>32,1</b>	<b>13,8</b>	<b>27,0</b>	<b>2,3</b>	<b>0,2</b>	<b>9,3</b>	<b>2,9</b>	<b>8,0</b>	<b>3,3</b>	<b>3,3</b>	<b>3,3</b>	<b>3,3</b>	<b>1,1</b>

Fonte: Avaliação Normativa do PSF. 1994.

**Tabela 10: modalidades de contratação dos médicos que atuam nas ESFs, por unidade federativa.**

Unidade da Federação	Nº total	Estatuário	CLT	Contrato temporário	Tipo de vínculo contratual					Contrato Verbal	
					Cargo Comissionado	Bolsa	Prestação de serviços	Cooperado	Contrato informal		Outro
Rondônia	79	46,8	8,9	20,3	1,3	-	12,7	-	7,6	1,3	1,3
Acre	45	-	-	42,2	-	6,7	-	-	48,9	-	2,2
Amazonas	248	7,3	2,4	63,3	1,6	-	6,9	-	16,5	-	2,0
Roraima	62	-	-	-	-	-	-	-	93,5	-	6,5
Pará	296	4,4	20,6	29,7	2,4	-	8,8	-	23,3	3,0	7,8
Amapá	22	-	-	-	-	-	-	-	100,0	-	-
Tocantins	178	34,3	-	52,8	1,1	-	8,4	-	3,4	-	-
Maranhão	200	1,5	1,0	49,0	2,5	0,5	13,5	-	16,5	15,5	-
Piauí	411	3,2	0,5	11,2	11,2	-	69,1	0,2	4,4	0,2	-
Ceará	1.038	4,2	1,4	25,4	10,9	0,2	26,2	16,1	12,4	1,4	1,6
Rio Grande do Norte	382	19,4	0,5	21,7	3,9	0,3	12,8	-	36,4	1,3	3,7
Paraná	521	6,1	5,4	43,6	1,5	0,2	17,5	-	23,0	2,7	-
Pernambuco	1.055	4,7	6,5	54,8	0,6	-	5,6	6,7	15,8	1,6	3,6
Alagoas	424	13,9	1,7	6,8	1,2	-	11,8	-	-	64,6	-
Sergipe	269	6,3	0,4	37,5	1,1	-	33,1	17,5	-	4,1	-
Bahia	613	5,4	6,4	27,9	6,0	-	26,1	2,8	15,2	1,6	8,6
Minas Gerais	1.630	15,2	9,4	39,1	6,3	0,1	8,8	1,8	14,9	2,1	2,2
Espírito Santo	285	6,7	15,1	55,4	4,2	4,6	2,8	9,8	-	-	1,4
Rio de Janeiro	668	14,1	16,9	47,5	2,2	-	8,2	8,4	1,0	0,1	1,5
São Paulo	946	10,6	60,5	18,0	2,0	-	3,7	0,2	1,5	3,6	-
Paraná	745	35,0	18,3	20,0	4,7	0,1	11,0	0,3	6,2	4,4	-
Santa Catarina	688	23,1	17,4	35,3	3,2	-	12,4	2,3	2,2	2,2	1,9
Rio Grande do Sul	365	15,1	37,8	20,8	3,0	-	13,7	5,2	1,4	2,7	0,3
Maro Grosso do Sul	157	35,0	3,2	36,9	11,5	-	8,9	-	0,6	-	3,8
Maro Grosso	305	16,1	6,2	41,0	7,2	-	18,4	-	7,9	0,3	3,0
Goiás	578	1,0	4,8	52,1	0,3	0,3	39,1	-	0,7	1,6	-
Distrito Federal	49	-	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Brasil	12.259	12,2	13,2	34,3	4,2	0,2	15,5	3,7	10,5	4,3	1,9

**Fonte: Avaliação Normativa do PSF. 1994.**

## II. QUESTIONÁRIOS

### PRIMEIRO QUESTIONÁRIO APLICADO AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE:

1. Sexo: ( ) feminino ( ) masculino
2. Idade:
3. Escolaridade:
4. Cursou ou cursa ensino técnico? ( ) sim ( ) não Qual
5. Estado civil: ( ) casada(o) ( ) amasiada(o) ( ) solteira(o) ( ) viuva(o) ( ) outros
6. Profissão da esposa(o):
7. Número de filhos:
8. Tem religião: ( ) sim ( ) não Qual?
9. A quanto tempo mora no bairro?
10. Participa da associação de moradores do bairro?( )sim ( ) não ( ) não existe associação
11. Pratica algum trabalho voluntário? ( ) sim ( ) não  
Qual?
12. É filiado à algum partido político? ( ) sim ( ) não
13. Pertence à alguma outra associação? ( ) sim ( ) não  
Qual?
14. Participa do Conselho Gestor da Unidade de Saúde aonde trabalha? ( )sim ( ) não
15. Costuma participar de outras instâncias deliberativas do poder público municipal (Orçamento participativo, Conselho Municipal de Saúde, Conselho dos Usuários do Transporte Público etc.)? ( ) sim ( ) não
16. É ou foi membro titular ou delegado de alguma destas comissões? ( ) sim ( ) não  
Especifique:
17. Profissões anteriores:
18. A quanto tempo trabalha no PSF?
19. Você já substituiu outro agente que se afastou do programa? ( ) sim ( ) não
20. Porque escolheu esta profissão?
21. Seus planos profissionais e/ou pessoais para o futuro:

### SEGUNDO QUESTIONÁRIO APLICADO AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE:

#### I - RELAÇÕES COM A COMUNIDADE

- 1) Como é sua relação com a comunidade?



- 2) Ela assimila o que você orienta?
- 3) Procuram você para esclarecer dúvidas sobre questões de saúde?
- 4) Demonstram confiança no trabalho do ACS?
- 5) Trazem situações da comunidade para discussão com sua equipe de trabalho?
- 6) Você utiliza os espaços sociais (Igreja, Salão de Festas, Quadras esportivas e outros) para melhor divulgação das atividades (campanhas de saúde, por exemplo)?
- 7) Nas visitas domiciliares (VDS) como você vê a aceitação das famílias quanto ao ingresso em suas casas, orientações de saúde e exposição dos problemas de saúde?
- 8) Como você se articula com a comunidade para desenvolver campanhas de saúde / outras atividades?

## II- EDUCAÇÃO CONTINUADA

- 9) Na sua avaliação, atualmente, como a Educação continuada auxilia/ interfere no seu trabalho?
- 10) Quais suas sugestões para melhorar o nível da Educação continuada para o ACS?
- 11) Que cursos /capacitações você gostaria que fossem oferecidos?

## III- ROTINA DE TRABALHO

- 12) Qual é sua rotina de trabalho (atividades) no dia-a-dia?
- 13) Quais as outras atividades que você participa, na equipe, mas que não são diárias, isto é, campanhas, etc.?
- 14) Das atividades desenvolvidas, cite 3 (três) que mais gosta de fazer?
- 15) Agora, cite 3 (três) que você não gosta de fazer?
- 16) Você sente-se gratificado no seu trabalho? (Pela comunidade, pela equipe, pela família). Você está atingindo a realização pessoal?
- 17) Como você prioriza as visitas domiciliares?

## IV- RELACIONAMENTOS DE TRABALHO (PAPEL)

- 18) Na sua opinião, qual o papel do ACS na equipe?
- 19) E na comunidade?
- 20) Como você sente sua relação de trabalho na equipe? É valorizado ou não?
- 21) Na sua opinião, o que pode ser melhorado na sua atuação pessoal?
- 22) E na sua atuação da equipe?

23) A Constituição da atual equipe, na sua opinião é adequada as necessidades da comunidade?

24) Caso negativa, qual a composição ideal (médicos, enfermeiros, ...) Dê sua sugestão:

#### V- PERSPECTIVAS

25) Diante da realidade atual, dê sua opinião sobre a situação profissional do ACS:

26) Seu papel na equipe:

27) Sua remuneração:

28) O que você considera importante e que não lhe foi perguntado?

### **III. ROTEIROS DE ENTREVISTAS**

---

#### **Para enfermeiras e médicos:**

- 1- Há quanto tempo você trabalha na prefeitura e aonde você já trabalhou?
- 2- Quais as diferenças entre o trabalho por vocês realizado numa unidade de saúde ou num hospital/pronto-socorro, com o trabalho efetuado numa unidade de PSF?
- 3- Aonde você se formou? Você receberam treinamento específico para trabalhar numa unidade de PSF? Você participou de cursos de educação permanente? Como são estes cursos, com que periodicidade eles são realizados e o que objetivam?
- 4- Para você qual o papel do agente comunitário de saúde? Você participou do seu processo de seleção?
- 5- O que diferencia uma unidade de saúde da família de uma unidade básica comum com relação ao atendimento, abordagem da população, propostas, ou seja, como se processa o funcionamento geral da USF e o que a diferencia de um CMS?
- 6- Qual a sua opinião pessoal a respeito do programa? O que pode ser melhorado e quais as suas limitações?
- 7- Quais as dificuldades encontradas no relacionamento com os agentes? Você acredita que eles cumprem adequadamente o seu papel e se não, por quê?
- 8- Como vocês acreditam que a população vê o programa? O que explica essa visão?
- 9- Existe uma integração entre os diversos serviços de saúde? Existe contra-referência e como anda a oferta de exames e atendimentos por especialistas?
- 10- Você sabe por que o programa foi adotado neste bairro? De onde partiu a decisão e o que a justificou?

- 11- Sua equipe realiza atividades educativas em grupo? Se sim, de que tipo e com qual frequência?
- 12- Você particularmente realiza visitas domiciliares e com qual frequência?
- 13- Vocês realizam reuniões com a comunidade? Se sim com que frequência e com quais objetivos?
- 14- Estas reuniões com a comunidade envolvem a equipe como um todo e sobretudo o ACS?
- 15- Porque vocês imaginam que a comunidade não é muito participativa ou receptiva a projetos de democratização das políticas públicas, como o orçamento participativo e o conselho gestor do PSF? Existem projetos que podem ser vinculados a partir desta unidade e que permitam desenvolver laços de solidariedade entre as pessoas, ou lhes inculcar o desejo de participar ativamente de ações comunitárias visando à resolução de seus problemas comuns?
- 16- Você acredita que o ACS participa ativamente na resolução dos problemas da comunidade que não se limitam ao atendimento na USF e no domicílio – p.ex. coleta de lixo, educação, abastecimento, asfaltamento, segurança, transporte, renda familiar etc.
- 17- A equipe tem contato com outros órgãos governamentais, entidades, associações ou empresas? Se existe esta correspondência, como ela se desenvolve, com quais instituições e com que frequência?
- 18- Há alguma questão que eu não abordei e que vocês gostariam de discutir?

**Para os agentes comunitários:**

- 1- Porque ser agente comunitário de saúde? O que te levou a procurar essa profissão?
- 2- O que você achou do processo de seleção? Qual o papel do agente comunitário para os coordenadoras do programa?
- 3- Qual a competência de um agente comunitário de saúde? Como é a dinâmica de uma visita domiciliar?  
Qual treinamento é oferecido à vocês? Ele fornece o conhecimento necessário ao seu trabalho?
- 4- Como o seu trabalho é visto pela comunidade?
- 5- Como é o seu relacionamento com a equipe de saúde?
- 6- Quais as melhores e as piores qualidades deste emprego?
- 7- O que você acha do programa em si?
- 8- Como a população enxerga o programa?
- 9- Tem algo que eu não perguntei e que você gostaria de falar?

## **REFERÊNCIAS**

### **Referências bibliográficas**

AGUIAR, C.C. **A contribuição do Programa de Saúde da Família (PSF) para o Sistema Público de Saúde do município de Araraquara**. Araraquara – 2008. Dissertação (mestrado), 291p. Faculdade de Ciências e Letras, UNESP.

AVRITZER, L. Um desenho institucional para o novo associativismo. **Lua Nova: revista de cultura e política**, n.39, 1997.

AZEVEDO, A.L.M. **Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada**. Recife – 2007. Dissertação (mestrado), 179p. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz,

BACHILLI, R. G. et. al.; SCAVASSA, A. J.; SPIRI, W. C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000100010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 Jul 2008. doi: 10.1590/S1413-81232008000100010

BAQUERO, M. Construindo uma outra sociedade: capital social na estruturação de uma cultura política participativa no Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n.21, p.83-108, 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-44782003000200007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782003000200007&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 13 Set. 2007.

\_\_\_\_\_.; BAQUERO, R. Trazendo o cidadão para a arena pública: capital social e empoderamento na produção de uma democracia social na América Latina. **Revista REDES**, Santa Cruz do Sul, v.12, n.1, p.125-150, jan./abr.2007.

BETTIOL, L.M. **Saúde e participação popular. O programa de Saúde da Família**. Ed. UNESP, São Paulo, 2006.

BORDIEU, P. Compreender. In: BORDIEU, P. (Coord.) **A miséria do mundo**. Ed. Vozes, Petrópolis, 1999.

BORNSTEIN, V. J; STOTZ, E.N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000100029&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100029&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 Jul 2008. doi: 10.1590/S1413-81232008000100029

- BUCHABQUI, J.A.; CAPP, E.; PETUCO, D.R.S. Convivendo com agentes de transformação: a interdisciplinaridade no processo de ensino/aprendizado em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, RJ, v.30, n.1, jan./abr. 2006.
- CARVALHO, G.I.V; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde**. (Lei 8.080/90 e lei 8.142/90) Ed. HUCITEC, SP, 1995.
- CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social. Uma crônica do salário**. Ed. Vozes, Petrópolis, 1998.
- COSTA, M.A.N. Sinergia e capital social na construção de políticas sociais: a favela da Mangueira no Rio de Janeiro. **Revista de Sociologia e Política**, n.21, 147-163, nov. 2003.
- COCCO, G. **Trabalho e Cidadania. Produção e direitos na era da globalização**. Ed. Cortez, SP, 2000.
- ELIAS, N; SCOTSON, J.L. **Os Estabelecidos e os outsiders**. Jorge Zahar, R.J., 2000.
- ESPING-ANDERSEN, G. O futuro do Welfare State na nova ordem mundial. **Lua Nova, revista de cultura e política**, n.35, 1995.
- EVANS, P. Além da “Monocultura Institucional”: instituições, capacidades e o desenvolvimento deliberativo. **Revista Sociologias**, n.9, Porto Alegre, 2003.
- FARAH, M.F.S. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas locais. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, vol. 18, S.P, 2000.
- FERNANDES, J.C.L. Community-based health workers in urban areas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 1992 . Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1992000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000200004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 July 2008. doi: 10.1590/S0102-311X1992000200004
- FERRAZ, L.; AERTZ, D.R.G.C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000200012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 03 Jul 2007. Pré-publicação.
- FUKUYAMA, F. **Confiança. As virtudes sociais e a criação da prosperidade**. Rocco, RJ, 1996.
- HARVEY, D. **Condição Pós-moderna**. Edições Loyola, SP, 1999.
- HIGGINS, S.S. **Fundamentos teóricos do capital social**. Ed. Argos, Chapecó, 2005.

HOROCHOVSKI, R. Empoderamento: definições e aplicações. Trabalho apresentado no GT18 - Poder político e controles democráticos, **30º Encontro Anual da ANPOCS**, outubro de 2006.

KERBAUY, M.T.M. **Participação e representação na esfera local: novos atores políticos**. Grupo de Trabalho Estado, Cidadania e Identidade. XIII Congresso Brasileiro de Sociologia, Recife, 2007.

KLUTHCOVSKY, A.C.G.C. et. al. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082007000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000200009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 July 2008. doi: 10.1590/S0101-

LIMA, J.C. A teoria do capital social na análise de políticas públicas. Política e Trabalho, **Revista de Ciências Sociais** nº17, PPGS-UFPb, João Pessoa, setembro de 2001.

\_\_\_\_\_. **Metamorfoses do trabalho e a organização dos trabalhadores: notas sobre uma experiência recente**. In: II Simpósio Observanordeste, 2002, Recife. <http://www.fundaj.gov.br/observanordeste/obed002a.html>

LIMA, J.C.; MOURA, M.C. Trabalho flexível e capital social: o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na Paraíba. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v. 20, n.º 1, 2005.

LUNARDELO, S.R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos Núcleos de Saúde da Família de Ribeirão Preto** – São Paulo. 2004, 156f. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?. **Ciência e saúde coletiva**., Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000200007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 03 Jul 2007. Pré-publicação.

MARSHALL, T.H. **Cidadania, classe social e status**. Ed. Zahar, RJ, 1967.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. Ed. HUCITEC-ABRASCO, SP/RJ, 1998.

MOLLIANI, M.M. A influência no processo de trabalho na ocorrência do erro médico. **Estudos de Sociologia**, Araraquara, v.11, n. 21, p. 13-28, 2006.

MOROSINI, M.V.; CORBO, AD.; GUIMARÃES, C.C. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Revista Trabalho, educação e saúde**, v.5, n.2, p.261-280, 2007. Disponível em: <http://www.bvseps.epsjv.fiocruz.br/lildbi/docsonline/2/5/952-agente.pdf>

NOGUEIRA, M.A. **Um Estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática**. Ed. Cortez, SP, 2005.

NOGUEIRA, R. et al. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis – o agente comunitário de saúde**. [texto para discussão 735]. 2000. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br> [2000 jun 33p.]

NORONHA, J.C.; SOARES, L.T.A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000200013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 Jul 2008. doi: 10.1590/S1413-81232001000200013

NUNES, M. O; TRAD, L.B.; ALMEIDA, B.A; HOMEM, C.R.; MELO, M.C.I.C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000600018&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000600018&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 25 Set. 2006. doi: 10.1590/S0102-311X2002000600018.

PAPOULA, S.R. **O processo de trabalho intersectorial das Equipes de Saúde da Família no município de Petrópolis, RJ: fatores restritivos e facilitadores**. 2006, 186f. Dissertação (mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

PEDROSA, J. I. S. e TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**. [online]. 2001, vol. 35, no. 3 [citado 2006-12-10], pp. 303-311. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102001000300014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000300014&lng=pt&nrm=iso). ISSN 0034-8910.

PIOLA, S.F. **Tendências do Sistema de Saúde Brasileiro – Estudo Delphi**. IPEA, Brasília, 2001.

PORTES, A. Capital social: origens e aplicação na Sociologia contemporânea. **Sociologia, problemas e práticas**, n.33, 2000, p. 133-158. Disponível em: [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pidS0873-65292000000200007&Ing=pt&nrm=isso](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pidS0873-65292000000200007&Ing=pt&nrm=isso). ISSN 0873-6529.

PUTNAM, R. **Comunidade e Democracia. A experiência da Itália moderna**. Rio de Janeiro, FGV, 1996.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692004000400012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000400012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 03 Jul 2007. Pré-publicação.

SANTOS, N.C. **Práticas sanitárias frente à violência intrafamiliar no âmbito do PSF: um estudo de caso**. 2005, 164f. Tese (doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Receptiveness and links to clients in a Family Health Program team. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, 2004. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000600005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 July 2008. doi: 10.1590/S0102-311X2004000600005

SENNETT, R. **O declínio do homem público**. São Paulo, Companhia das Letras, 1983. \_\_\_\_\_ **A corrosão do caráter. Conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo**. Record, SP/RJ, 2001.

\_\_\_\_\_ **A cultura do novo capitalismo**. Record, RJ, 2006.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro 2008. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000500025&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500025&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 Jul 2008. doi: 10.1590/S1413-81232005000500025

SILVA, I.Z.Q.J.; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe do PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v.9, n.16, p.25-38, set.2004/fev.2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a03.pdf>

SILVA, J.A. **O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade?** 2001, 232f. Tese (doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.



SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. **O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde.** Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista10/debates1.pdf>. Acesso em: 11 abr. 07 [2002 fev 9 p.]

\_\_\_\_\_. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer.** Ed. Fiocruz, RJ, 2006.

SILVA, M.O.S. et. al. **A Política Social Brasileira no Século XXI. A prevalência dos programas de transferência de renda.** Ed. Cortez, SP, 2007.

SILVA, R.M. **A autonomia municipal na implantação de políticas nacionais de saúde: o PSF em Camaragibe, PE.** Recife – 2002. Dissertação (mestrado) Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães – Fundação Oswaldo Cruz.

SIMMEL, G. **Coleção Grandes Cientistas Sociais.** Org.: MORAES FILHO, E. Ed. Ática, SP, 1983.

TEIXEIRA, M. **Desenhos alternativos de incorporação e gestão do trabalho médico na SMS do Rio de Janeiro: as experiências dos hospitais Lourenço Jorge e Salgado Filho.** 1999, 139f. Dissertação (mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro. Disponível em: <http://portalteses.cict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1999/teixeiramm/capa.pdf> Acesso em: 25 de julho de 2008.

TENDLER, J. **Bom Governo nos Trópicos.** RJ Revan; Brasília ENAP, 1998.

VALENTIN, I. V. L.; KRUEL, A. J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000300028&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300028&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 Jul 2008. doi: 10.1590/S1413-81232007000300028

VASCONSELOS, E.M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Revista de APS**, n.4, 2000, p.20-28.

#### **Fontes de dados documentais:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil. Monitoramento da implementação e do funcionamento das equipes de saúde da família – 2001/2002.** Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Atitude de ampliação do acesso**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Proposta de regulamentação da formação do agente comunitário de saúde**. Subsídios para discussão. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos**. Síntese dos principais resultados. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde**. Brasília, 2004.

CONASS. **Considerações sobre a formação do agente comunitário de saúde**. Brasília, 2006.

WESTIN, R. Presença do poder público na saúde cai 20%, diz pesquisa. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 28 de abril de 2008. Caderno Ribeirão, p. C8.